8ª Conferência Nacional de Saúde

17 a 21 de março de 1986

ANAIS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro de Estado da Saúde
Roberto Figueira Santos

Secretário-Geral
José Alberto Hermógenes de Souza

8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Comissão Organizadora

Presidente:	Antônio Sérgio da Silva Arouca
Vice-Presidente:	Francisco Xavier Beduschi
Relator-Geral:	Guilherme Rodrigues da Silva
Relatores:	Solon Magalhães Vianna
	Roberto Passos Nogueira

Comitê Executivo

Secretário:	Otávio Clementino de Albuquerque
Secretário-Adjunto:	Edmilson Francisco dos Reis Duarte
Tesoureiro :	Maria Salete de Lima
Membros:	Lourival Baptista
	Carneiro Arnaud
	Ronei Edmar Ribeiro
	Hésio de Albuquerque Cordeiro
	José Saraiva Felipe
	Francisco Eduardo de Campos
	Cid Roberto Bertozzo Pimentel

Comissão de Comunicação Social

Coordenador:	Armando Sampaio Lacerda
Assessores:	Theresa Christina de Aguiar Tavares
	Laura Maria Coutinho
Membros:	Ana Maria Meirelles Palma
	Manoel Caetano Mayrink
	lacy Nunes
	Flávio Luís Bonugli de Moraes

Editor Responsável: Otávio Clementino de Albuquerque
Coordenador da Redação do Texto: Xenia Azevedo Antunes Lopes

Local de Realização: Ginásio de Esportes, Brasília, DF

Assessoria e Infra-estrutura: Departamento de Congressos da Fundação Visconde de Cabo Frio

ANAIS DA
8ª CONFÊRENCIA NACIONAL DE SAÚDE

Anais das Conferências Anteriores:

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4. Rio de Janeiro, 1967. Anais. 320 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5. Brasília, 1975. Anais. 399 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6. Brasília, 1977. Anais. 528 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7. Brasília, 1980. Anais. 28 p.

Não foram publicados os anais das três primeiras conferências.

Conferência Nacional de Saúde, 8ª, Brasília,
1986.
Anais / 8ª Conferência Nacional de Saúde,
Brasília, 1986. – Brasília: Centro de Documenta-
ção do Ministério da Saúde,1987.
430 p.

Centro de Documentação do Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios – Bloco G – Térreo
70058 Brasília, DF
Telefone: (061) 226-8286. Telex: 061-1752 e ilegivel

Impressno Brasil/Printed in Brazil

Ministério da Saúde

ANAIS DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Brasília, 17 a 21 de março de 1986

- SAÚDE COMO DIREITO INERENTE À CIDADANIA E À PERSONALIDADE
- REFORMULAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE
- FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE

Brasília
Centro de Documentação do Ministério da Saúde
1987

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO..... 11

Discursos Pronunciados na Cerimônia de Abertura

Discurso do Ministro de Estado da Saúde
ROBERTO FIGUEIRA SANTOS..... 15

Discurso do Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social
RAPHAEL DE ALMEIDA MAGALHÃES..... 19

Discurso do Diretor-Geral da Organização Pan-Americana da Saúde
CARLYLE GUERRA DE MACEDO..... 25

Discurso do Presidente da República Federativa do Brasil
JOSÉ SARNEY..... 29

Conferência: Democracia é Saúde
ANTÔNIO SÉRGIO DA SILVA AROUCA..... 35

Painel: Saúde como Direito Inerente à Cidadania e à Personalidade

Direito à Saúde, Cidadania e Estado
JAIRNILSON SILVA PAIM..... 45

A Construção Social da Cidadania
JOSÉ GERALDO DE SOUSA JÚNIOR 61

Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado
HÉLIO PEREIRA DIAS..... 69

Cidadania, Direitos Sociais e Estado
SÔNIA MARIA FLEURY TEIXEIRA..... 91

Debates..... 113

PADRE PEDRINHO GUARESCHI
Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)

NÉIO LÚCIO FRAGA PEREIRA
Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM)

CARMEM BARROSO
Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM)

ARLINDO CHINAGLIA JÚNIOR
Central Única dos Trabalhadores (CUT)

BERNARDO BEDRIKOW
Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP)

FRANCISCO ANTÔNIO DE CASTRO LACAZ
Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde dos Ambientes de Trabalho (DIESAT)

GABRIEL OSELKA
Conselho Federal de Medicina (CFM)

Painel: Reformulação do Sistema Nacional de Saúde

Reformulação do Sistema Nacional de Saúde: Algumas Considerações
ADIB DOMINGOS JATENE..... 129

Participação Social em Saúde
JOÃO YUNES..... 133

O Sistema Unificado de Saúde como Instrumento de Garantia da Universalização e Eqüidade

JOSÉ ALBERTO HERMÓGENES DE SOUZA..... 141

A Participação de Todos na Construção do Sistema Unificado de Saúde
HÉSIO DE ALBUQUERQUE CORDEIRO..... 145

Debates 151

ANTÔNIO IVO DE CARVALHO
Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (FAMERJ)

FRANCISCO XAVIER BEDUSCHI
Federação Nacional dos Médicos (FNM)

JOSÉ FRANCISCO DA SILVA
Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG)

JOSÉ LUIZ RIANI COSTA
Ministério do Trabalho

SEBASTIÃO LOUREIRO
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES)

UBALDO DANTAS
Prefeito de Itabuna – Bahia

Painel: Financiamento do Setor Saúde

Correção do Financiamento do Setor Saúde
ADOLPHO CHORNY..... 169

Alternativas do Financiamento da Atenção à Saúde
ANDRÉ CÉSAR MÉDICI..... 173
PEDRO LUIZ BARROS SILVA..... 173

Novas Diretrizes para o Financiamento do Setor Saúde
HUMBERTO GOMES DE MELO..... 221

Debates 226

GERALDO JUSTO
Confederação das Misericórdias do Brasil

LUIS CORDONI JÚNIOR
Secretário de Saúde e do Bem-Estar Social do Paraná

LUÍS ROBERTO DE OLIVEIRA
Confederação Nacional das Classes Trabalhadoras (CONCLAT)

NELSON GUIMARÃES PROENÇA
Associação Médica Brasileira (AMB)

VITOR GOMES PINTO
Instituto de Planejamento Econômico e Social (IPEA)

Trabalhos Apresentados como Contribuição à 8ª Conferência Nacional de Saúde

Descentralização e Democratização do Sistema de Saúde
CRISTINA DE ALBUQUERQUE POSSAS..... 235

Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde
ELEUTÉRIO RODRIGUEZ NETO..... 253

Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde: Visão Geral
EUGÊNIO VILAÇA MENDES..... 265

Participação Social em Saúde
FRANCISCO DE ASSIS MACHADO.... 299

Participação Social em Saúde: Experiencia do Paraná
LUIZ CORDONI JÚNIOR..... 307

Descentralização e Municipalização
NELSON RODRIGUES DOS SANTOS 312

Financiamento do Setor Saúde
VITOR GOMES PINTO..... 319

Mesa-Redonda: Constituinte e Saúde

Abertura: ROBERTO FIGUEIRA SANTOS
Presidente: JOÃO PIMENTA DA VEIGA
Membros: CARLOS CORRÊA DE MENEZES SANT'ANNA
WALDIR PIRES
CRISTÓVAM BUARQUE
LUCIANO MENDES DE ALMEIDA
GUARACY DA SILVA FREITAS
WILSON FADUL

Apresentação dos Relatórios das Pré-Conferências Estaduais

Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde

Anexos

Decreto-Lei nº 91.466, de 23 de julho de 1985, que convoca a 8ª Conferência Nacional de Saúde..... 399

Decreto nº 91.874, de 4 de novembro de 1985, que transfere a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde..... 400

Portaria nº 595/GM, de 19 de agosto de 1985, que define a estrutura da Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde..... 400

Portaria nº 596/GM, de 19 de agosto de 1985, que determina a composição da Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde..... 401

Portaria nº 756/GM, de 21 de novembro de 1985, que aprova o Regimento Especial da 8ª Conferência Nacional de Saúde..... 402

Portaria nº 769/GM, de 2 de dezembro de 1985, que aprova o Temário da 8ª Conferência Nacional de Saúde..... 408

Portaria nº 770/GM, de 2 de dezembro de 1985, que aprova as matrizes do programa dos participantes e das delegações para a 8ª Conferência Nacional de Saúde..... 409

Portaria nº 41/GM, de 31 de janeiro de 1986, que aprova novo Regimento Especial da 8ª Conferência Nacional de Saúde..... 410

Portaria nº 42/GM, de 31 de janeiro de 1986, que aprova nova matriz do programa dos participantes e das de-

legações para a 8º Conferência Nacional de Saúde 415

Programa da 8º Conferência Nacional de Saúde 417

Regimento da Plenária Final da 8º conferência Nacional de Saúde 423

Orientações gerais para discussão em grupo 424

Sessão solene de entrega de Condecorações da Ordem do Mérito Médico 425

APRESENTAÇÃO

OTÁVIO CLEMENTINO DE ALBUQUERQUE
Secretário do Comitê Executivo da 8ª Conferência Nacional de Saúde

A 1ª Conferência Nacional de Saúde foi convocada em 22 de outubro de 1941, pelo então Ministro Gustavo Capanema, e realizou-se em novembro daquele mesmo ano, tendo sido discutidas as realizações do antigo Departamento Nacional de Saúde.

A 2ª Conferência realizou-se nove anos mais tarde, em novembro e dezembro de 1950, quando da gestão do Ministro Pedro Calmon.

Essas duas primeiras Conferências, da época em que a área da saúde ainda estava subordinada ao Ministério da Educação, tiveram como preocupação central delimiar o espaço institucional da saúde, destacando a importância dos profissionais do setor. A 3ª Conferência, realizada em dezembro de 1963, sob a direção do Ministro Wilson Fadul, teve uma temática mais ampla, que abrangia a situação sanitária do País, a distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal, a municipalização dos serviços de saúde e a fixação de um plano nacional de saúde. Refletindo a ambiência política da época, a 3ª Conferência buscou legitimar um conhecimento prévio sobre a situação sanitária da população e definir formas de atuação, respeitando o princípio federativo.

A 4º Conferência, realizada em agosto e setembro de 1967, sob a gestão do Ministro Leonel Miranda, foi a primeira após o Movimento Militar de 1964, e a sua temática foi mais restrita, com os debates centrados nos aspectos pertinentes aos recursos humanos.

A 5ª Conferência, realizada em agosto de 1975, quando era Ministro o doutor Paulo de Almeida Machado, apresentou-se desnivelada em sua estrutura temática. O tema central focalizava os aspectos doutrinários ligados à questão saúde, para, em seguida, fazer incursões numa estrutura programática que conflitava com uma visão sistêmica para o setor.

A 6ª Conferência, realizada também sob a direção do Ministro Paulo de Almeida Machado, em agosto de 1977, teve na sua temática uma abordagem assimétrica, não tendo os organizadores se preocupado com a harmonia do produto final. Refletiu as perplexidades que a sociedade começava a vivenciar, e surgiram visões mais críticas, em resultado da maior liberdade de divulgação de estudos e pesquisas, bem como da aparição dos primeiros sinais da crise econômica.

A 7ª Conferência, realizada em março de 1980, pelo Ministro Waldyr Arcoverde, esteve condicionada por influências internacionais de democratização dos serviços da saúde e pela necessidade do governo da época de buscar legitimidade. Representou a tentativa de estabelecer um corpo progra-

mático, com o objetivo de negociar um pacto de transição politica sem grandes traumas.

Finalmente, é a vez da 8ª Conferência, que se realiza num ambiente de expectativa de mudança para a sociedade. Por isso, a 8ª Conferência deverá refletir, na sua estrutura de temática, aspectos eminentemente doutrinários, tentando um resgate histórico das preocupações da 3ª Conferência, acrescida dos avanços ocorridos nos últimos 20 anos.

DISCURSOS PRONUNCIADOS NA CERIMÔMIA DE ABERTURA

ROBERTO FIGUEIRA SANTOS
Ministro de Estado da Saúde

O momento é decisivo. Por varias vezes, nas ultimas quatro décadas, o governo do Brasil convocara anteriormente a Conferência, ao verificar a necessidade do reexame de aspectos vários da problemática da saúde. Na presente oportunidade, resultou a convocação das profundas alterações politico-administrativas desencadeadas pelo Governo Sarney no ultimo ano, com reflexos expressivos nos conceitos e na pratica dos cuidados a saúde. A implantação da Nova Republica, com o que significou para o cidadão brasileiro, nas mais variadas componentes das suas condições de vida e trabalho, tem ensejado fecunda meditação sobre as diretrizes vigentes na nossa área de ação profissional.

Aproxima-se a instalação da Assembléia Constituinte, razão a mais e de fundamental importância para a convocação de uma Conferência que diferisse das anteriores na sua composição. Estamos, aqui reunidos, autoridades de governo nos niveis federal, estadual e municipal, juntamente com representantes de variados setores da comunidade, estes na condição de usuários dos serviços submetidos a debate.

Antes de implantar-se o Governo Tancredo-Sarney, estudiosos do assunto afinados com as idéias políticas vitoriosas, produziram documentos da mais alta valia, acerca das relações entre o Brasil que renascia e a saúde do seu povo. Transcorrido o primeiro ano sob a presente orientação política e administrativa, cabe a avaliação do progresso alcançado. Sem duvida, mudou a ordem de prioridades do governo ao longo do ano. As áreas sociais, nelas incluídas a saúde, assumiram destaque que há muito tempo não lhes era atribuído, o que gerou conseqüências favoráveis na elaboração do orçamento do presente exercício.

Historicamente, havia-se estabelecido verdadeiro abismo de diferenças entre a gestão das medidas de ordem preventiva e as ações da medicina curativa. Não ha qualquer exagero em dizer-se que estas diferenças tem sido altamente nocivas e injustas.

Sabem todos que as medidas preventivas tem sido financiadas com recursos do Tesouro, aos quais, recentemente, se agregaram parcelas oriundas do Finsocial. O desprestigio do desenvolvimento social, ao longo de muitos anos, resultara na destinação de escassas verbas e na atrofia de atividades da mais primordial importância para o bem-estar dos homens, mulheres e crianças deste Pais. A situação esta sendo revertida em ritmo acelerado, para o que se tem contado com a excelente qualidade dos profissionais dedicados ao setor, em cujas mãos os recursos adicionais logo estarão dando elevado retorno.

Paralelamente, atribuiu-se as ações da medicina curativa cobertura financeira pro-

veniente de receita especial, arrecadada juntamente com o que se destina a outros benefícios da Previdência Social. O crescimento da população economicamente ativa, as conquistas lentas porém expressivas do operariado brasileiro, fizeram com que este dinheiro aumentasse em flagrante desproporção com o oriundo do Tesouro para as atividades e prevenção. E assim se criaram interesses de grande vulto e com raízes profundas.

Em defesa desses interesses, difundiu-se a idéia de que somente depois que a moléstia se instala, merecia a saúde do trabalhador ser cuidada com meios resultantes da contribuição direta do mesmo trabalhador. A prevenção da doença, as medidas de ordem profilática que asseguram a preservação da saúde, justamente as mais importantes e que deveriam vir em primeiro lugar, não mereciam a aplicação das contribuições diretas do operário e deveriam ficar sujeitas a variável escala de prioridades adotada por governos que, por longo tempo, consideraram de escassa significação os problemas sociais. Sei que o assunto e contra-verso. Sei que muitos, em total boa fé, entendem que a prevenção deveria ser tarefa "do governo", com verbas provenientes da arrecadação dos impostos, como se estes benefícios só indiretamente atingissem os trabalhadores. Estamos convictos de que esta noção é equivocada. Mesmo que a controvérsia se acentue no começo, é necessário que o debate se aprofunde e os argumentos sejam trazidos a tona, entre técnicos e usuários dos serviços de saúde. Porque se há de demonstrar que advirá economia no uso das contribuições dos trabalhadores, caso parte maior delas se destine á prevenção. E muito mais barato preservar a saúde – qualquer que seja a fonte dos recursos – de que curar a doença, ou seja, do que restabelecer a saúde já abalada por falta de meios para preserva-la.

Muito bem aplicada estaria a contribuição dos trabalhadores em evitar que doenças como a malaria se estendesse ainda mais do que já se espalhou pelo Brasil afora, e que a esquistossomose, o calazar, a febre amarela, a doença de Chagas e tantas outras endemias que enegrecem os indicadores de saúde do Brasil, viessem a atingi-los na segurança dos seus lares ou nos seus locais de trabalho. O rendimento de cruzeiros ou cruzados que se destinam a medidas preventivas e, indubitavelmente, muito maior do que a de aplica-la em medidas curativas.

Alteremos, agora, o curso do raciocínio e acharemos outro igualmente válido. Assim como os recursos do Tesouro, resultantes da arrecadação de impostos, tem servido para financiar as medidas preventivas, poderia o poder público, em nome da comunidade de que representa, estender verbas da mesma origem para financiar, em idêntica ordem de prioridades, as ações da medicina curativa. Aliás, pode ate ser que a Constituinte venha a optar por fórmula nesta direção. Mas, o que não se pode entender, senão pela perpetuação do erro histórico evidente, e que se mantenha sob orientações diversas, correspondentes a fontes de financiamento inteiramente díspares, e quantitativamente desproporcionadas, a gestão de um dos setores mais essenciais a vida em sociedade. Foi o setor artificialmente bifurcado e danosamente diferenciado em parcelas que, na verdade, constituem um todo coerente e indivisível. São incalculáveis e irrecuperáveis os prejuízos para a saúde do povo brasileiro, acumulados ao longo de muitos anos pela perseverança em erro tão flagrante.

Ora, não faltara quem diga: mas isto já não é assim. A correção do erro já começou, e as Ações Integradas de Saúde ai estão para sanar as falhas do passado.

Sem dúvida, cumpre responder, as AIS estão na direção certa. Elas representam, na timidez com que estão sendo postas em prática até agora, como que um aprendizado válido para o convívio entre instituições que, a despeito dos seus objetivos comuns, nada tinham a ver umas com as outras, na gerência de serviços a seu cargo. Pode-se

até entender que este aprendizado ocorra a passos lentos, porém não se deve considerar seja esta a solução definitiva. Fazemos votos para que a Conferencia reconheça como imprescindível a unificação dos serviços de saúde, a curto prazo, e que assinale, de forma justa e com insofismável clareza, a fonte dos recursos que hão de sustentar a prestação destes serviços. A Assembléia Constituinte há de levar em conta os subsídios que lhe forem encaminhados por fórum tão abalizado.

Com efeito, de nada adianta a unificação dos serviços caso parte destes continuassem a merecer financiamento oriundo da contribuição dos trabalhadores, de mistura com o que deles se arrecada para aposentadoria e pensão, enquanto as atividades preventivas, de relevância ao menos igual, continuasse sujeita ás minguadas fatias oriundas do Tesouro Nacional.

Ora, dirão também, já não é tão negro o quadro, como foi pintado, porque nas Comissões Interinstitucionais de Saúde, pelo Brasil afora, estão se sentando a mesma mesa, em louvável processo de aprendizado, representantes de serviços que até bem pouco faziam questão de desconhecer-se reciprocamente, quando não se hostilizavam de forma aberta.

Cumpre responder: aumentaria enormemente o rendimento dos trabalhos destas comissões, e das que delas derivam aos níveis local e regional, caso realizassem trabalho de baixo para cima, dando curso ao processo de regionalização dos serviços de saúde, sonho acalentado há tempos pelo pessoal da área. Não se havia, ate agora, encontrado meios para sua implantação em larga escala. È esta a oportunidade preciosa, que não pode ser perdida. A SUCAM, organização modelar e insuficientemente conhecida mesmo entre os que são do ramo, dispõe de mapas de domicílios espalhados pelo Brasil afora, que facilitariam de muito a regionalização das unidades sanitárias com diversas vinculações administrativas. Quero, então, transmitir desta tribuna ás Comissões Interinstitucionais do Brasil a seguinte mensagem de fé: REGIONALIZAR JÁ, e o resto virá depois, mais rápida, segura e tranqüilamente.

Muito mais tranqüilamente virão os programas de cobertura universal dos serviços de saúde, de municipalização, de distribuição de alimentos como ação de saúde, de reidratação oral, de imunização universal, de assistência integral á saúde da mulher, de distribuição de medicamentos aos carentes, de referência dos pacientes necessitados de atendimento em niveis secundário e terciário, e tudo mais que se queira como ação curativa e preventiva.

Chegaríamos, assim, pela via da regionalização a cargo das CIS, a hierarquização dos serviços, assegurando a utilização correta, socialmente justa e criteriosamente dosada, das altas tecnologias médicas e das pesquisas operacionais. Se, em épocas pregressas, menosprezamos os cuidados primários e valorizamos por demais as tecnologias mais complexas, invertemos recentemente o discurso quando não a prática. E passamos a condenar os serviços equipados para as tecnologias mais avançadas, rotulando-os de luxuosos. Pouco importam, do panto de vista da saúde pública, as instalações requintadas, as quais, podem, aliás, abrigar medicina de péssima qualidade, quer no tocante à técnica, quer no panto de vista ético. Porém, importa muito a saúde do povo a hierarquização das unidades, de modo que os pacientes necessitados de cuidados especializados, qualquer que seja sua posição na sociedade, tenham ao seu dispor unidades equipadas e com pessoal afeito ás tecnologias de panto na área médica.

E a vocês, usuários dos serviços de saúde presentes a esta Conferência, a regionalização e a hierarquização das unidades permitirá participação muito mais direta no planejamento, no controle da qualidade, na gestão e na fiscalização das atividades que importam fundamentalmente á sua comunidade. A relação paciente-pro-

fissional-serviço de saúde torna-se muito mais humana quando o sistema opera segundo as normas de regionalização e de hierarquização. Este é o grande instrumento á disposição de vocês, de forma imediata e sem razões para resistências.

Algumas expressões foram citadas, com justificada insistência, na mobilização popular para a derrubada do regime anterior, e passaram aos documentos dos técnicos que contribuíram para as bases da Nova República. Uma delas foi a palavra "descentralização", como remédio para a abusiva e sempre crescente concentração de poder político, econômico e administrativo exercida aqueles tempos pelo governo federal.

Valeram-se governos passados de mecanismos firmados no sistema tributário vigente, para atingir os seus propósitos de autoperpetuação no poder. Da receita fiscal arrecadada, sabidamente, reduzidíssima parcela remanescia para aplicações que resultassem de decisão autônoma dos municípios. A parcela reservada a decisão dos governos estaduais, era igualmente pouco expressiva. A "parte do leão" ficava ao dispor do governo central, que distribuía a massa de dinheiro publica segundo os critérios que convinham aos seus objetivos políticos imediatos. Graças a esses critérios, o regime sobreviveu alguns anos mais, o suficiente para exacerbar a irritação popular e desencadear a reação quase unânime contra os manipuladores do processo.

Entre as matérias que a Assembléia Constituinte terá de examinar, estará, sem dúvida, reforma tributária que assegure aos estados e municípios poderes para decidir sobre a aplicação de recursos em maior percentual da receita, do que vem ocorrendo ate agora. O município, a verdadeira "célula" política da nação, poderá então se desincumbir de tarefas que lhe deveriam corresponder, com liberdade de ação política, sem receios de ameaças do poder central e dos que o representam localmente, e, assim, prestar serviços da sua área de competência, realizando-os com maior eficiência e melhor produtividade.

Poder-se-á então falar com firmeza em descentralização e em municipalização dos serviços de saúde, trazendo indiscutíveis benefícios à generalidade dos cidadãos.

Enquanto aguardamos providências deste porte, as medidas postas em prática, mesmo as que estiverem no rumo certo, terão de ser paliativas, ou servirão ao nobre propósito de experimentar o mérito de várias formulas, para escolher mais tarde as que se tornarão duradouras. Cumpre, porém, desencadeá-las logo, porque assim nos adiantaremos, e quando ocorrer a esperada reforma tributária, mais prontamente absorveremos as imensas vantagens que dela advirão.

É tempo de encerrar. O momento e feito para o debate e não comporta o monólogo prolongado. O momento é de esperança e confiança na participação de todos em busca do melhor. O momento é de certeza de que as mudanças reclamadas pelo povo nas ruas e praças do Brasil aliviarão dos erros do passado também a área da saúde. Construiremos o futuro, resgatando a dívida social herdada, com á mesma coragem demonstrada pelo Presidente Sarney á frente da nação brasileira, ao combater as causas da deterioração da economia nacional. Povo sadio é povo feliz. E a saúde é direito de todos e dever do Estado.

RAPHAEL DE ALMEIDA MAGALHÃES
Ministro do Estado da Previdência e Assistência Social

Registro inicialmente a honrosa participação que, desde a preparação desta Conferência, teve o Ministério da Previdência. Louvo os organizadores por terem assegurado a esse encontro um nível de representatividade sem precedentes em eventos desta natureza, como pode constatar-se ao se olhar este Plenário. Aqui, através do debate franco de idéias e do intercâmbio de experiências, se buscará delinear um novo padrão de práticas profissionais e administrativas, bem como um novo perfil institucional para os serviços de saúde, com vistas á melhoria das condições de vida da população brasileira.

A Conferência convocada pelo Excelentíssimo Senhor Presidente da República e pelo Senhor Ministro da Saúde proporcionou, de logo, no seu próprio processo de organização, a percepção de quanto são úteis a aproximação, a cooperação e a integração entre pessoas e instituições com responsabilidades no setor de saúde, conforme ficou evidente nas ações preparatórias e nas pré-conferências que se estenderam à maioria dos estados e grande número de municípios. Esta é uma fórma democrática de fazer política.

Ao longo dos 45 anos de história deste evento, pela primeira vez conta-se aqui com a representação maciça da sociedade civil, através dos seus sindicatos e associações, partidos políticos e entidades de representação de moradores. Isto é um avanço significativo, em relação às conferências anteriores, quando havia predominância quase absoluta dos próprios formuladores da política oficial, sustentando discussões fechadas, cuja eficácia se podia aferir no precário quadro institucional de assistência que herdamos e nas deprimentes condições de saúde da população, traduzidas em indicadores sociais que não condizem com o estágio de crescimento econômico de modernização tecnológica do País, mas, que, sobretudo, nos atinge, atinge a nós na nossa consciência e na nossa ética profissional.

Esta 8ª Conferência Nacional de Saúde tende, pois, tornar-se um marco histórico. Ela, creio, será o divisor de águas entre a precariedade da assistência ou quase completa desassistência, e uma nova situação, já atingida pela maioria dos países de nível de desenvolvimento econômico equivalente ao nosso, onde um sistema de saúde de abrangência universal, sem descriminantes, acabara reconhecendo à cidadania brasileira, também, o direito inalienável á saúde, um direito fundamental da pessoa humana.

No âmbito do sistema previdenciário, brasileiro, o desafio imediato, colocado perante o governo da Nova República, era representado pela necessidade imediata da recuperação moral da Previdência Social. Desta tarefa se desincumbiu, com o êxito que cada brasileiro e todos reconhecemos,

o meu nobre antecessor e querido amigo Ministro Waldyr Pires.

É claro que há muito ainda que fazer, pois nenhum instrumento de política social e de prestação de serviços tem maior penetração, maior abrangência do que a Previdência Social brasileira. Sua origem está associada à mobilização dos trabalhadores, quando o Estado foi chamado a patrocinar interesses coletivos, garantindo benefícios capazes de assegurar dignidade aos que trabalham e aos seus familiares no momento em que cessa a capacidade de produzir. Historicamente, essa intervenção corresponde à passagem do capitalismo liberal para o neocapitalismo.

Reconhece-se que o setor saúde foi um dos mais afetados negativamente pela política econômica das duas últimas décadas. O modelo econômico concentracionista, centralizador e iniqüo causou reflexos profundos nesta área. Agravaram-se as condições de vida e de saúde das populações pobres, e os investimentos governamentais, além de obedecerem prioridades discutíveis, não acompanharam certamente as necessidades da maioria da população.

A atual situação de prestação de serviços de saúde no país pode caracterizar-se da seguinte forma:

• Apesar dos esforços recentemente desenvolvidos, há uma clara inadequação entre as necessidades assistenciais e a estrutura pública de prestação de serviços. Há superoferta de serviços especializados em muitas regiões e carências extremas em outras. Esse perfil se cristalizou a partir da subordinação das iniciativas públicas a uma racionalidade econômica que condicionou ao lucro o relacionamento da Previdência Social com a rede privada contratada, baseada na compra e venda de serviços. Essa lógica do lucro determinou em grande parte o tipo e o volume dos serviços prestados e, portanto, essa distorção regional.

• Foram crescentes os custos dos serviços médico-hospitalares do INAMPS, e isso decorreu basicamente da acelerada incorporação tecnológica do setor, da intensificação do processo interno de acumulação do capital e, ainda, do seu grande porte de capacidade de produção, que não guardam qualquer relação com a necessidade assistencial do país, principalmente quando vista à luz de sua distribuição, que acentua as desigualdades regionais de renda.

• É notório o esvaziamento político, técnico e financeiro dos órgãos gestores da saúde nos estados e municípios, apesar das tentativas de reversão dentro do âmbito do setor saúde, sendo a mais significativa delas o desenvolvimento das Ações integradas de Saúde.

• Subsiste ainda a descoordenação entre as instituições de saúde, e mesmo dentro delas há enorme superposição de recursos e duplicidade de gastos.

Este quadro desafia soluções prontas. O INAMPS é a agência governamental que ocupa a posição central, nesta política e neste programa, não só pela cobertura social que promove como pelo volume de recursos que aporta; do total de gastos nos serviços assistenciais de saúde, 70% são provenientes de fontes públicas. Desses, 2/3 são representados pela arrecadação previdenciária. Através da rede assistencial própria ou indiretamente através de convênios ele cobre todo o território nacional com suas 1.500 agências, prestando serviços a aproximadamente 80% da população. A constatação do peso da assistência médica previdenciária nos compromete com os objetivos de universalização e eqüidade quanto à oferta e acesso aos serviços de saúde.

Os caminhos para atingirmos esses objetivos fundamentais passam pela descentralização e melhoria da rede própria de serviços, além do relacionamento mais fecundo e produtivo com a rede contratada. Um dos problemas mais sérios deriva do fato de que o processo centralizador na área da saúde guardou coerência com o que ocorreu nos últimos anos no quadro político-institucional e econômico do País.

Embora a reforma tributária de 1967 não possa ser unicamente responsabilizada pela depauperização de estados e municípios, a manipulação posterior dos orçamentos e fundos sob controle da União, facilitada pelo Al-5, exacerbada com a desfiguração da Carta de 1967 pela Junta Militar em 1969, levou a concentração e centralização de recursos no poder central em detrimento de outras esferas de poder administrativo.

Por outro lado, durante o crescimento acelerado dos anos 70, aumentou a importância da Previdência Social, que passou a dispor de maiores recursos para a atenção médica; só que esses recursos se concentraram nas grandes metrópoles e, nestas, principalmente, nas áreas de maior renda. Além disso, o incremento da oferta acabou privilegiando serviços de nível tecnológico elevado, cujos altos custos não correspondem ao impacto social, em detrimento das ações básicas de saúde.

Nos últimos anos vem-se consolidando o perfil do que deveria ser a política de saúde no Brasil. Dentre as proposições de cunho político e conceitual destaca-se a estratégia que propõe a consolidação gradual dos sistemas estaduais e municipais de saúde, através do fortalecimento das Ações Integradas de Saúde, que num conceito mais amplo e de objetivos mais ambiciosos estamos rebatizando de municipalização.

A nosso ver, a municipalização compreende quatro dimensões básicas inseparáveis:

1. Gestão colegiada, descentralizada e participativa entre as instituições prestadoras de serviços e as instâncias representativas da população;

2. Cobertura assistencial planejada, de acordo com as necessidades concretas, observando-se os princípios de regionalização e hierarquização dos serviços;

3. Qualificação técnica da prestação de serviços, buscando-se o controle da qualidade assistencial adequada a cada nível de atendimento;

4. Co-participação financeira das instituições públicas, de forma a viabilizar o funcionamento efetivo e ampliação da cobertura dos serviços.

A implantação dessa filosofia, coerente com a busca dos objetivos de universalização e eqüidade, deve merecer nesta Conferência um aprofundado estudo. A municipalização, como instrumento que já nos deixou entrever as possibilidades de êxito, pelo que tem atestado as Ações Integradas de Saúde, e sobretudo coma alternativa de integração descentralizada, construída de baixo para cima, precisa atingir conseqüências maiores: deve incorporar o nível hospitalar público e privado, descentralizando em favor do município, que precisa assumir, como instância governamental, o papel de núcleo gestor do seu sistema de saúde, incorporando sistematicamente e não esporadicamente, como vem acontecendo, a participação da população.

O programa de municipalização, no nível hospitalar, deve dar ênfase inicialmente a recuperação da ociosidade, ainda grande nos nossos hospitais próprios e nos demais das redes públicas federal, estadual e municipal; na efetivação da incorporação dos hospitais filantrópicos e beneficentes e na articulação, onde houver necessidade, com os hospitais privados, responsáveis hoje por grande volume de internações patrocinadas pelo INAMPS. A não-garantia da integralidade do atendimento levará ao insucesso de qualquer tentativa de melhoria da qualidade e eficiência dos serviços, pois continuaríamos a conviver com filas, com o descrédito do ambulatório, com a multiplicidade dos sistemas desconectados.

Quanto à tão debatida descentralização, minha posição é de que precisamos encontrar logo os instrumentos concretos para efetiva-la. Estou convencido, também, de que o caminho é o da municipalização da prestação dos serviços de saúde. A proposta que trago é, pois, a de retomarmos de forma profunda e conseqüente à questão da municipalização dos serviços de saúde.

Como fazer isso? Rompendo a barreira dos círculos estreitos, das especialidades e dos preconceitos, integrando efetivamente ao debate e as decisões os usuários dos serviços, discutindo com os municípios acerca do seu interesse e da sua capacidade de absorver serviços que o gigantismo e o burocratismo dos últimos anos lhes impingiram, fazendo recuar sua criatividade e iniciativa. Os recursos repassados aos municípios serão sempre melhor geridos sem a intermediação burocrática que inviabiliza uma situação administrativa mais eficiente.

Essas reflexões me ocorrem tendo em vista, sobretudo, o fato desta Conferência se realizar num momento histórico singular da vida brasileira, de completa e radical ruptura com o passado. Seu trabalho preparatório se fez em circunstâncias gerais extremamente difíceis, pois tinha como paradigma o caos econômico, social e moral herdado da Velha República. Circunstâncias na verdade dramáticas, pois sendo a Nova República a expressão política de uma mobilização popular sem precedentes em nossa história, o novo governo tinha o dever de promover o avanço institucional alinhado ao sentimento geral de democratização, antes que qualquer outro. Isso se fez com serenidade, com clareza e credibilidade, a partir da serena liderança do Presidente José Sarney.

Ao avanço institucional que tem sido o resultado e reafirmação do processo de democratização política correspondeu o desencadeamento de múltiplas e legítimas demandas no plano social, represadas por duas décadas de regime autoritário. Essas demandas necessariamente se confrontaram com estruturas sociais profundamente injustas, cristalizadas durante o regime autoritário que refletiu os privilégios de uma pequena casta, que se arrogava enquanto mandatária do poder público, esmagando com a força do Estado qualquer tentativa de resistência ou crítica. Contudo, a democratização brasileira só avançará de forma substantiva se e quando as estruturas sociais, em particular o aparelho do Estado, puderem dar resposta concreta ás legítimas demandas da sociedade. Do contrário, arriscamo-nos a repetição do círculo político secular dos países da América Latina, que alterna períodos de democratização, quando se liberam demandas sociais represadas, com períodos de autoritarismo, nos quais o Estado acossado reage de forma ditatorial e repressora ás iniciativas de participação do povo nas decisões do poder, por recusar-se a promover as mudanças de fundo, que tornariam essa participação possível num regime democrático estável.

Sabemos que nunca há mudança substantiva nas estruturas e nas relações sociais sem mudança prévia das relações econômicas básicas. Acontece que a economia da Velha República exprimia uma iniqüidade fundamental ao criar e expandir um sistema de correção monetária que protegia o patrimônio e a renda do capital contra a corrosão inflacionária, mas que não só deixava de proteger a renda do trabalho como, de fato, era um instrumento de expropriação do próprio trabalhador. Foi assim no programa de estabilização na dupla Bulhões/Campos, quando a fórmula dos reajustes salariais subestimava propositadamente a inflação futura; e foi também assim, agora de forma ainda mais mesquinha e perversa, na urdidura palaciana do Decreto-lei nº 2.075, quando, a pretexto de enquadrar-se no infame programa do FMI, os salários foram expropriados mediante a subestimação dos reajustes até mesmo da inflação passada. Esse novo arrocho sequer teve a justificativa da eficácia, pois a inflação continuou nos intoleráveis níveis anteriores.

A corajosa decisão do Presidente José Sarney de promover a reforma econômica eliminou, junto com a correção monetária generalizada, o estatuto básico da especulação financeira e o mais iníquo instrumento de exploração da classe trabalhadora, jamais concebido pelos áulicos do poder tecnocrático dos anos de exceção. Trata-

se de uma completa ruptura dos padrões de dominação econômica que prevaleceram no Brasil desses anos de treva e, ouso dizer, que subsistiam inclusive nos subterrâneos das nossas experiências democráticas antes de 64. O capital ou o poder econômico já não dominam o Estado no Brasil, desde o histórico decreto de 27 de fevereiro. Decreto-lei nº 2.283, de 27/02/86.

Por certo que essa decisão presidencial, de caráter eminentemente político, transcende os aspectos técnicos de uma reforma monetária – em si mesma complexa por causa da inflação generalizada – para situar-se entre as iniciativas heróicas que fazem de um governante ocasional um grande estadista. Não foi porém apenas para si mesmo, ou para o seu governo, que tenho a honra de integrar que o Presidente José Sarney garantiu com essa ação de coragem um lugar de destaque na história brasileira. Ele, de fato, recolocou, ou, mais precisamente, situou pela primeira vez o cidadão brasileiro no centro da história nacional, como agente partícipe de uma política governamental para a qual pediu e obteve a mais consagradora adesão da sociedade.

A reforma econômica aplaina o terreno para as grandes reformas e transformações estruturais na sociedade brasileira. Antes de 27 de fevereiro, os instrumentos de gestão do Estado, notadamente os instrumentos de gestão da política social do Estado, como a Previdência Social, haviam perdido sua função e eficácia, envolvidos pela desfuncionalidade básica que a especulação financeira impunha à economia.

Toda a administração pública de fins sociais estava completamente bloqueada em sua capacidade de tomar iniciativas, não só na ação concreta como também no plano normativo, pois tudo tinha ou parecia ter um efeito no déficit publico – embora alimentado basicamente pela especulação financeira, exercia uma coerção paralisadora sobre todo o governo.

É sintomático que essa desagregação do aparelho do Estado tenha se tornado evidente justamente no momento em que, pela força de uma mobilização popular sem precedentes, assumia o governo uma Aliança Partidária, que tinha no seu programa político um compromisso inequívoco com o povo e não com as oligarquias autoritárias. De fato, o déficit público não era ou não parecia ser um mal tão grande quando servia para financiar a megalomania, o desperdício e a fraude; passou a ser ruim quando a prioridade do gasto público assumiu nítido conteúdo social.

Esse programa econômico que inspira toda uma renovação moral e de hábitos no Brasil e a expressão política concreta da proposta da Aliança Democrática de mudar o Brasil. E, como em muitas de suas dimensões a economia comanda ou influi as relações sociais, o programa econômico é, de fato, a marca característica e definitiva do governo da Aliança Democrática, com conteúdo substantivo.

Enquanto serviço prestado pelo Estado, a Previdência Social procurará alinhar-se aos novos horizontes abertos por essa decisão política histórica. Deve modernizar-se. Mas deve modernizar-se, sobretudo, na direção exigida pela sociedade e, notadamente, pelo seu usuário, pois da mesma forma como o Presidente fez de cada cidadão um fiscal do congelamento dos preços, fez, no mesmo momento, do associado da Previdência Social, um fiscal da existência e da qualidade dos serviços previdenciários prestados direta ou indiretamente pelo Estado. Naturalmente, vamos acelerar os instrumentos institucionais para tornar essa fiscalização efetiva, democrática e justa, desde a base do sistema previdenciário, na relação direta entre o usuário e a estrutura de ponta, até os níveis superiores de decisão política.

Breve estaremos instalando o Conselho Superior do Sistema da Previdência Social, com participação a mais representativa possível dos trabalhadores e empresários, de

forma a repartir com eles a informação e a responsabilidade da decisão das linhas estratégicas da ação da Previdência Social. Se pretendemos aumentar o controle, a fiscalização social sobre os serviços prestados pelo Estado, é essencial que tenhamos a coragem de promover transformações profundas também na estrutura desses serviços para adequá-los à nova demanda. E esse é um desafio geral, especificamente um desafio colocado para esta Conferência.

Na Previdência Social, tanto quanto a modernização gerencial, teremos de buscar uma modificação profunda nas bases, no seu financiamento, a fim de adequá-las à nova economia. Isso nos permitirá, simultaneamente, a reformulação da política de benefícios, depurando-a de resquícios iníqüos que contêm até hoje.

Esse programa social, por sua amplitude e abrangência, não é um programa para um homem só, para um administrador único ou mesmo para um governo; é um programa que exige participação, mas participação também interna; com completo engajamento do servidor público. È um imperativo da Nova República resgatar a vocação do serviço público na estrutura estatal brasileira, em especial na estrutura previdenciária, que é a mais ampla interface das relações humanas entre o Estado e o cidadão, sobretudo o cidadão pobre e desprotegido.

Os anos de subordinação da sociedade civil ao regime tecnocrático resultaram na completa atrofia dos serviços diretos prestados à população por um quadro desmotivado de servidores, submetido ele também ao longo tirocínio do arbítrio e da exceção nas relações internas do aparelho público.

Na verdade, como mencionei antes, a única parte do aparelho do Estado, nesse período, que efetivamente se modernizou foi a parte empresarial, submetida à lógica do mercado, isto é, submetida à demanda dos ricos e poderosos.

É, pois, da essência desse programa que se restaure com o controle externo do serviço previdenciário pela população e com a modernização gerencial interna a dignidade do servidor da Previdência brasileira, em benefício dos que precisam tanto dela.

CARLYLE GUERRA DE MACEDO
Diretor-Geral da Organização Pan-Americana de Saúde

É mais do que uma satisfação para mim a oportunidade que me é dada de estar aqui neste dia, e compartir com vocês esperanças, fé e as discussões que, pretendemos, conduzam ao encontro de soluções para os crônicos e seculares problemas que afetam a saúde do povo do Brasil.

A Organização Pan-Americana de Saúde se solidariza com esse movimento, com esse esforço, se sente honrado de haver participado na preparação desta Conferência, se sente feliz de compartir sua realização, e estará presente na implementação das medidas que aqui se decidam. Mas, além da honra e da felicidade que tenho de representar esta Organização e trazer a sua mensagem de solidariedade, não posso reprimir um sentimento de profundo orgulho de ser brasileiro e de estar aqui, com vocês, compartilhando idéias, esperanças e fé. A saúde é hoje em dia cada vez mais considerada um valor por sua vinculação com a própria vida. Além disso, num marco jurídico moderno, além de valor a saúde se constitui cada vez mais num bem público. E sendo um bem público é, evidentemente, um direito de cada homem, de cada mulher, de cada criança; de todos e de cada um. Esse direito não resulta apenas da existência de serviços de saúde especificamente assim determinados. Resulta, primeiro, do acesso a um ambiente e a condições de vida que sejam compatíveis com a dignidade do ser humano; resulta da capacidade de cada sociedade, de cada nação mobilizar e organizar e utilizar os recursos que se transformam em serviços de saúde; e resulta, também, das decisões individuais de cada família e de cada comunidade na adoção de modos de viver, de práticas de existência que diminuam os riscos para a preservação e a proteção da saúde.

Esse direito, esse bem público e esse valor têm que ser assegurados na medida em que todos esses três componentes são atendidos da mesma forma. É aí que a saúde deixa de ser a responsabilidade de só uma parte da sociedade para ser uma responsabilidade de todos, dos indivíduos, da sociedade e do Estado. E essa responsabilidade se expressa numa obrigação do poder público, e ao mesmo tempo no dever de cada cidadão.

Neste País, em nosso País, não temos razões de estar orgulhosos com aquilo que temos feito com relação à saúde de nosso povo. Os modelos que adotamos ao longo de nossa história têm se manifestado ineficientes, incapazes de, inclusive, dar respostas mínimas aos problemas mais elementares. A ineficiência e fracasso dramaticamente se expressam nisso que hoje a consciência social do País considera dívida social acumulada com relação à saúde. Dívida social que se expressa na marginalização de quase 40% de nossos concidadãos; dívida

social que se expressa em sofrimento e em mortes evitáveis com os recursos de que dispomos; evitáveis com o conhecimento e a tecnologia que estão à nossa disposição.

De modo otimista, podemos estimar que pelo menos 300 mil brasileiros ainda morrem, cada ano, por causas e problemas que poderiam ser perfeitamente evitáveis se tão só fôssemos capazes de utilizar eficientemente os recursos de que dispomos hoje.

Essa dívida social e sua expressão, esse número de mortes e o sofrimento que a acompanham mostram que os modelos até hoje utilizados não só tem sido ineficientes, senão que são iníqüos; e do ponto de vista de ética social poderíamos dizer até obscenos e, portanto, inaceitáveis.

Não podemos continuar, e não podemos continuar por muitas razões, entre elas a impossibilidade de apagar tendências que se manifestam atualmente na execução dos modelos que nós adotamos. Por isso é necessário mudar; por isso é necessário transformar, e a transformação necessária se pode expressar nisso que universalmente todos os povos e todos os governos do mundo unanimemente aceitaram como uma meta e como uma doutrina: saúde para todos. Saúde para todos como um marco que contém princípios que progressivamente são aceitos por todos os que trabalhamos em saúde, por todos os que sofrem a saúde, por todos que devem decidir sobre a saúde. Entre esses princípios, o primeiro e mais nobre é o princípio da eqüidade e do seu complemento que é a universalização.

Segundo princípio: a participação necessária. Se a saúde, além de um direito é um dever do cidadão, a participação não se transforma apenas num requisito de aumento de recursos para a execução de atividades que nós, os técnicos ou os políticos, decidimos. A participação se transforma num mecanismo através do qual o homem, as comunidades e a sociedade como um todo decidem sobre a construção do seu futuro, sobre sua própria vida.

Saúde significa também eficiência, porque é absolutamente inaceitável que frente à escassez de recursos que afligem a todas as instituições que se preocupam por saúde – e que às vezes se manifestam em carências as mais elementares possíveis – simultaneamente ocorra um extraordinário desperdício dos recursos existentes.

Empiricamente, eu calculo que neste País, ainda hoje, pelo menos 35% dos recursos disponíveis estão sendo desperdiçados na ociosidade, na duplicação de esforços, nas deficiências de organização, de gerência e de administração; na prestação de serviços desnecessários e na adotação de tecnologias inadequadas. Desperdiçados, enfim, à custa da vida e do sofrimento do nosso povo.

A saúde não pode ser vista como uma parte isolada do desenvolvimento. Há um fracasso observado com relação aos modelos de saúde, um fracasso ainda maior nos modelos de desenvolvimento do nosso País. Durante os últimos cinco anos, todos os dias falamos de crise econômica, identificamos as manifestações dessa crise e a própria crise na manipulação das relações entre as variáveis econômicas que definem o fluxo de bens, e, sobretudo, de dinheiro, mas nos esquecemos de que talvez a manifestação mais profunda da crise que afeta a todo o Terceiro Mundo e em particular, a América Latina, portanto também o Brasil, não está apenas no fluxo de bens e de dinheiro, mas no fracasso dos próprios modelos de desenvolvimento adotados.

Devemos recordar que, antes de que se estabelecesse a crise atual, tínhamos vivido quase três décadas de crescimento econômico continuado, e depois dessas três décadas de crescimento econômico o número de pessoas neste País vivendo em estado de extrema pobreza – e até de miséria – havia aumentado. Basta esse indicador para demonstrar que os modelos de crescimento ditos de desenvolvimento que adotamos no passado e as teorias e os métodos com os quais os administramos não são suficientes e jamais o serão.

Além dessa crise dos modelos de desenvolvimento, há talvez uma crise mais perma-

nente, que é a crise da perda e da deterioração dos valores, os valores que regem ou que devem reger a convivência do homem em sociedade, dentro de cada país e entre os países que conformam a comunidade humana em todo o mundo. Em cada país a deterioração desses valores se manifesta numa eliminação da solidariedade, no olvido dos princípios básicos da ética, inclusive da ética profissional.

No concerto internacional entre as nações a perda desses valores se manifesta numa hipocrisia e sobretudo na criação dos mecanismos e das condições que conduzem ao estabelecimento da violência como um fim, à preparação da guerra e da destruição.

A humanidade hoje, companheiras e companheiros, tem os recursos e as condições de eliminar da face da terra a miséria, a fome e o desespero. Mas ao invés de cuidar do homem e de suas necessidades, a humanidade destina um trilhão de dólares norte-americanos, cada ano, na preparação da capacidade de destruir. Isso significa quase dois milhões a cada minuto, quando com uma parcela apenas dessa quantidade imensa de recursos, saúde para todos seria uma realidade. E não só a saúde, mas também as condições de vida e de bem-estar que seguramente significariam o estabelecimento da paz.

É com base nesses princípios que temos, aqui e agora, em nosso País, a responsabilidade de definir os parâmetros e as soluções da reorganização dos recursos que a sociedade nos entrega para o cuidado da saúde de nosso povo. E eu gostaria de dizer que se somos coerentes com o conceito de saúde como valor e como bem público, de saúde como resultado das condições de vida e não só dos serviços de saúde e dos modos de viver, essa preocupação deve contemplar a redução dos riscos que vem do ambiente, a promoção de modos adequados de viver e de comportamento, a geração e utilização de conhecimento adequado da tecnologia pertinente e de fatores produtivos e, particularmente, os recursos humanos e insumos críticos necessários à realização das atividades de saúde (especialmente os medicamentos) o estabelecimento de um marco jurídico que permita a execução de todas essas atividades e a dedicação dos recursos necessários através do financiamento.

Aqui, o Professor Roberto Santos e o Ministro da Previdência fizeram referências a algumas das diretrizes que devem orientar essa reorganização. No que se refere aos serviços de saúde, eu gostaria de enfatizar a unificação da condução e da gestão sob a responsabilidade do Estado ou do poder público; a integração funcional que se expressa também na regionalização e, de uma maneira muito particular, a descentralização, que é o complemento necessário a participação social; e a coragem, porque ainda que possamos melhorar a eficiência dos recursos existentes e aumentar a disponibilidade desses recursos eles continuarão sendo insuficientes. A coragem para definir prioridades com relação aos problemas, com relação aos grupos de população, com relação aos meios com os quais pretendemos atendê-los.

Companheiros e companheiras, será a reorganização dos serviços de saúde apenas mais um discurso dos muito que temos tido, no processo histórico de desenvolvimento desses serviços neste País? Será a pretensão de levar saúde para todos em condições de eqüidade apenas uma utopia? Eu diria que não. Diria que é possível – e é possível na medida em que cada um de nós e todo o povo se comprometam e se dedique, cada um de nós se prepare para mobilizar os recursos que este País tem, que nossa sociedade tem, e utilizá-los adequadamente.

Mas quisera também pedir que reflexionem sobre os desafios que temos que enfrentar internamente, e que por mais específicas que sejam as nossas condições, até a nossa idiossincrasia tem uma relação direta com o que se pretende fazer nos países irmãos da América Latina e do Terceiro Mundo, e em todos os países do mundo. Não somos e não estamos sós, não somos e

não vamos ser uma ilha. Encontrar soluções para os problemas de saúde do País significa também pensar na necessidade da cooperação entre países, na construção de um mundo mais justo, um mundo mais eqüitativo. Porque a injustiça e as desigualdades não são apenas problemas nacionais. Temos a profunda convicção de que entre todas as atividades humanas a saúde é uma das últimas, ao redor da qual, todavia, existe um extraordinário consenso, pelo menos no plano dos valores. Nada melhor que utilizemos esse consenso para promover através da saúde o diálogo e o entendimento entre as sociedades. E que através desse entendimento e desse diálogo definamos formas de cooperação que nos ajudem mutuamente e que nos evitem os esforços desnecessários.

A Organização Pan-Americana de Saúde, ao vincular-se ao esforço que se faz neste País, está também vinculada ao esforço que se faz em cada um dos países das Américas e pretende que a soma desses esforços conduza realmente ao estabelecimento de sociedades mais justas em liberdade e em paz.

O momento histórico que vivemos aqui no Brasil têm manifestações idênticas em muitos outros dos países do continente americano, e é necessário que nos juntemos nesse esforço comum para encontrar soluções também comuns.

Não vai ser fácil concluir as discussões e as análises desta Conferência. Identificar soluções e medidas práticas para sua implementação significa apenas um começo; os riscos e os obstáculos que temos que enfrentar são enormes, e muitos deles são resultado de nosso próprio comportamento. Cada um de nós e cada um dentro do seu grupo ou grupos a que pertence está vinculado a interesses às vezes legítimos, às vezes não; estamos marcados por preconceitos e por nossa própria formação e acumulação de experiências, e transformar a aceitação intelectual na construção de uma atitude e de um comportamento que sirva de base a um compromisso e uma dedicação não é uma tarefa fácil. O desvirtuamento ideológico de que os modelos, as teorias e as políticas são fins em si mesmas e não apenas meios para a solução dos problemas reais é um desvio fácil. A confusão de que temos direitos dos quais não devemos abrir mão; a vinculação a privilégios honesta e duramente conquistados pode levar a argumentos como, por exemplo, de que uma parcela da população paga por um determinado sistema de seguro, quando na realidade pagamos todos. E relativamente pagam mais os que não têm acesso aos benefícios desse seguro, porque ao consumir destinam uma proporção muito maior de sua renda e de seus recursos ao pagamento e á geração das riquezas que financiam todo o esforço. A falácia de que algo pertence apenas a um grupo é algo que devemos ter em conta, inclusive para distribuição, os seguros sociais e a própria Previdência neste País continuem a ser, – repito – continuem a ser um fator regressivo de distribuição de recursos.

Eu lhes desejo sucesso, porque o sucesso que tiverem será também o meu sucesso. O fato de que hoje não esteja vivendo neste País, como disse no começo, não me desvincula das coisas que aqui ocorrem. Mas desejo sucesso, sobretudo, porque além dos aspectos formais das discussões que vocês terão, como a reorganização dos serviços de saúde, a análise da saúde como um direito do cidadão, a participação social, o financiamento do setor, etc., não se esqueçam, está a vida de milhões de brasileiros e o futuro do nosso povo e do nosso País.

DISCURSO DO SENHOR JOSÉ SARNEY*
Presidente da República Federativa do
Brasil
*Pronunciado em Sessão Solene no dia 19 de março de 1986

Aqui estou para integrar-me aos trabalhos desta Conferência, que se desenvolve num grande espírito de participação, com grande sentimento democrático e com grande espírito de construir.

O governo, que fez da opção social sua meta prioritária, portanto, tem a obrigação de fazer da saúde dos cidadãos um bem tutelado pelo Estado e pela sociedade. O governo, que colocou o bem-estar da sociedade acima de quaisquer outros interesses, tem o dever de zelar pelas condições de saúde física da população. Esse o sentido da minha presença neste Encontro.

Nestas últimas semanas, o País tem vivido momentos de inequívoca sintonia do governo com toda a sociedade brasileira. O acolhimento das ações do programa de estabilização econômica representa, sem dúvida, o testemunho mais brilhante, a medida mais exata do acerto do programa e do seu compromisso com os mais elevados interesses nacionais.

As esperanças suscitadas ganham força e ganha vida. São esperanças que se transforma nessa imensa cruzada cívica que tomou conta do Brasil, empolgando a bandeira do desenvolvimento nacional e traduzindo uma ação solidária, madura, conseqüente e, sobretudo, irreversível.

Peça indispensável e fundamental no processo de revitalização da economia nacional, o Programa de Estabilização Econômica não esgota o amplo elenco de mudanças que o governo vem patrocinando na sociedade brasileira.

Em verdade, as mudanças somente serão profundas se provocarem de fato uma melhoria da qualidade de vida do nosso povo, especialmente dos mais sofridos, que ao longo desses anos não tiveram acesso aos bens nem se beneficiaram dos serviços essenciais que o desenvolvimento ofereceu. Constato que os indicadores de saúde da população são extremamente comprometedores.

Não posso deixar de referir-me ás grandes desigualdades que se manifestam no que diz respeito aos padrões de saúde. Doenças, das quais se conhecem e dominam as técnicas para controle, estão ainda presentes no território nacional, particularmente nas regiões mais pobres do país. É inadmissível que os resíduos da industrialização tragam danos aos trabalhadores e aos moradores das grandes cidades; que as modernas técnicas de produção agrícola coloquem em risco a saúde dos agricultores e dos habitantes das cidades; que o nordestino e o nortista tenham uma expectativa de vida dramaticamente inferior à dos habitantes das regiões do sul do País. Inaceitável também é que um terço da população brasileira tenha uma alimentação insuficiente e absolutamente inadequada.

O Brasil não pode continuar sendo uma nação de vários Brasis: um Brasil menor, de cidadãos de primeira e abastada classe; e um Brasil imenso, de um povo de segunda e necessitada classe.

Será deixado para trás o quadro desses Brasis: o forte, o doente, o fraco, o débil, o sadio. Construiremos, portanto, e devemos construir um só Brasil, o do povo com saúde, livre de todas as endemias.

A democratização, portanto, do setor de saúde é compromisso do governo.

A assistência médica, a garantia de um adequado atendimento hospitalar, as campanhas de medicina preventiva não podem continuar sendo um favor do Estado nem uma concessão do governo. Temos que nos conscientizar de que o direito fundamental à vida com dignidade é um direito coletivo. Um dever que o Estado deve exercer e deve exigir da sociedade, em benefício de todos e não apenas como a expressão de privilégio dos que podem pagar pela assistência de que carecem.

Não há dúvida de que no País, nas últimas décadas, houve um desenvolvimento considerável do sistema de atenção médico-hospitalar, que o colocou no nível tecnológico dos países desenvolvidos. A previdência social foi seguramente o instrumento desse processo, representando uma das grandes conquistas da classe trabalhadora e um dos seus principais patrimônios sociais.

A esse desenvolvimento, entretanto, não correspondeu uma generalização do acesso. Não se conferiu efetiva prioridade às ações de caráter preventivo e de alcance coletivo, relativamente àquelas de natureza curativa e de alcance individual.

O permanente avanço tecnológico e a necessidade de promover sua difusão, sem privilégios nem limitações, reclamam uma nova racionalidade para o setor de saúde, adaptando-o à organização de uma sociedade justa e de uma sociedade democrática.

É indispensável que se examine e reexamine a administração do setor, evitando-se a multiplicidade de instituições, que atuam de forma sobreposta e com desperdício de recursos, e a excessiva centralização, que promove um distanciamento da realidade e inibe a iniciativa local.

Repensar a saúde – esta a inspiração da Conferência Nacional de Saúde, de que todos participam.

Estou certo de que as instituições públicas e privadas, os técnicos e autoridades, as entidades comunitárias e associativas aqui presentes podem fazer um balanço adequado e propor as diretrizes que devem orientar a organização do sistema de saúde que mais convém à sociedade brasileira.

Essa reorientação deve ter em conta as exigências de construção de um novo sistema de saúde que observe uma maior descentralização de ações – transferindo recursos e encargos para os estados e municípios –, uma maior racionalidade administrativa – garantindo eficiência institucional e, sobretudo, um elevado sentido participativo, que permita à população assumir responsabilidade no controle da execução dos serviços, à semelhança do notável exercício de cidadania que a edição do Programa de Estabilização Econômica nos permitiu ver.

Senhoras e senhores, brasileiras e brasileiros.

O País, que foi capaz de vencer o círculo vicioso da especulação que gera injustiça e da injustiça que perpetua miséria, já demonstrou, pela memorável participação popular na escolha de seu próprio destino, que tem também condições de vencer a pobreza e de superar as terríveis e marcantes diferenças que condenam um terço da população brasileira aos padrões mínimos de sobrevivência.

Esta não é uma tarefa apenas para o governo. Ao contrário, é um desafio de toda a sociedade. Nesta 8ª Conferência Nacional de Saúde foram mobilizadas todas as classes e as instituições representativas de todo o universo social brasileiro.

Como Presidente da República, estou convencido de que ou nos unimos, acima de crenças de convicções políticas, para superar nossas deficiências, ou não ultrapassaremos o quadro desolador das carências injustificadas.

A Nova República, que está realizando as promessas postergadas de dar ao homem brasileiro a condição de plena cidadania, tem compromissos inadiáveis com a criação de iguais oportunidades para todos. E nenhuma oportunidade é mais cara, mais necessária e mais valiosa, do que a oportunidade da vida.

Nas mãos dos senhores, que aqui trazem a contribuição de suas experiências e de suas vicissitudes, depositamos a certeza de que este há de ser um marco decisivo da redenção da saúde nacional.

Aqui definem-se os rumos de uma nova organização do sistema de saúde no Brasil.

E esse sistema tem de ser fiscalizado também com rigor. Podemos nos instituir, nesta reunião, também em fiscais da saúde no Brasil.

Faço votos de que esta Conferência, pela abrangência de seus temas, pela profundidade de seus debates, pelo clima de devotamento que está presidindo as suas discussões, há de representar a pré-Constituinte da saúde no Brasil.

A todos, uma boa jornada de trabalho. E vamos nos preparar para convocarmos a Conferência de 1988. Muito obrigado.

CONFERÊNCIA: DEMOCRACIA É SAÚDE

Presidente: **Doutor Carlos Eduardo Venturelli Mosconi**

Conferencista: **Professor Antônio Sérgio da Silva Arouca**

DEMOCRACIA É SAÚDE

ANTÔNIO SÉRGIO DA SILVA AROUCA
Presidente da Fundação Oswaldo Cruz

É com maior prazer e satisfação que estou aqui para falar na 8ª Conferência Nacional de Saúde sobre "Democracia é Saúde", numa mesa que conta com a presença do Dr. Mosconi, que revitalizou a Comissão de Saúde da Assembléia, e do Dr. Ronei, que vem dando um papel inovador à Presidência do Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Inicialmente, gostaria de dizer que, infelizmente, por condições arquitetônicas, há um fosso entre a Mesa e a platéia, quando, na realidade, nossa intenção, ao contrário de colocar jacarés, crocodilos e demais espécies peçonhentas no fosso, foi sempre a de se conseguir uma integração clara, transparente e objetiva na discussão das questões da política de saúde. Por isso, gostaria de solicitar que pudéssemos nos abstrair desse fosso e imaginarmos que, na realidade, estamos o mais próximo possível nessa discussão sobre política de saúde.

Em segundo lugar, gostaria também de pedir licença aos sanitaristas, aos médicos, aos profissionais da área, aos pesquisadores, aos funcionários do Ministério da Saúde, para destacar um convidado especial, um participante que conseguiu um lugar nesta Conferência com bastante sacrifício: a sociedade civil brasileira organizada. É para ela que gostaria, hoje, de dedicar estas palavras. Creio ser bastante significativa a presença, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, de representantes de confederações nacionais de trabalhadores, de associações de bairro e outras entidades da sociedade brasileira, como a CNBB, a ABI, a OAB; de estarem aqui reivindicando direito a voz e voto, membros do movimento popular pela saúde do Recife; enfim, o conjunto de entidades representativas, que conseguimos identificar num mapeamento quase que exaustivo da sociedade brasileira. A eles, que considero membros privilegiados deste encontro, quero dedicar a discussão sobre a questão "Democracia é Saúde".

Para este debate, pareceu-me que nada melhor do que iniciar com o conceito de saúde e doença que vem sendo, nos últimos anos, colocados pela Organização Mundial de Saúde. Conceito muito criticado, talvez porque ficasse em termos muito genéricos e abstratos, e não conseguisse servir de base para a determinação de quantas pessoas têm ou não têm saúde em um certo país. Mas, neste momento de transição, é importante voltar a colocar esse conceito sobre a mesa: de que saúde não é simplesmente ausência de doença, não é simplesmente o fato de que, num determinado instante, por qualquer forma de diagnóstico médico ou através de qualquer tipo de exame, não seja constatada doença alguma na pessoa. Para a Organização Mundial de Saúde, é mais do que isso: além da simples ausência de doen-

ça, saúde deve ser entendida como bem-estar físico, mental e social.

Nos debates que antecederam a Conferência Nacional de Saúde, algumas pessoas, entre as quais o Professor Cinamon, da Escola Nacional de Saúde Pública, falaram também em ausência do medo. Talvez seja interessante a gente pensar um pouquinho sobre o que significa isso, o que significa esse conceito de saúde, colocado quase como algo a ser atingido. Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até, a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam os do povo, como aconteceu, infelizmente, na última década, na América Latina, e continua ainda a acontecer em alguns países (se bem que a maioria da América Latina conseguiu, nos últimos anos, libertar-se das ditaduras). Vimos, agora, com alegria, países como o Haiti e as Filipinas libertarem-se da ditadura. Mas ainda somos obrigados a conviver com a ditadura chilena.

Conviver sem o medo é conviver com a possibilidade de autodeterminação individual, de liberdade de organização, de autodeterminação dos povos e, simultaneamente, com a possibilidade de viver, como hoje já foi colocado, pelo amanhã, sem ameaça da violência final, que seria uma guerra exterminadora de toda a civilização.

Em alguns dos encontros preparatórios desta Conferência, realizados praticamente em todos os estados e territórios deste País, tivemos a oportunidade de assistir a depoimentos da maior sabedoria, algumas vezes de uma sabedoria maior do que a de muitos acadêmicos.

Por exemplo, em uma pequena cidade no interior do Paraná, durante uma reunião de uma comissão de saúde, um camponês chegou ao microfone e disse o seguinte: "Saúde é a possibilidade de trabalhar e ter acesso à terra".

Desse modo, a saúde começa a ganhar uma dimensão muito maior do que simplesmente uma questão de hospitais, de medicamentos. Ela se supera e quase que significa, num certo instante, o nível e qualidade de vida, algumas vezes qualidade de vida ainda não conseguida, mas sempre desejada.

Há algum tempo, também, surgiu à tona um conceito do ciclo econômico da doença, muitas vezes criticado, inclusive até por mim mesmo. Neste momento, talvez seja até importante trazê-lo de volta, porque é uma noção que deve ser entendida e pensada com simplicidade. Esse conceito de saúde/doença diz apenas o seguinte: se uma pessoa ganha pouco e não consegue comprar aquilo que é fundamental para a sua sobrevivência, ela não consegue recuperar toda a energia que está gastando no trabalho, e, portanto, se enfraquece; se alguém mora mal, não consegue que a sua casa seja uma proteção contra as agressões do meio ambiente; se não tem acesso à educação, não consegue ter aquele conhecimento que lhe permite controlar a natureza. Tudo isto, finalmente, leva à conclusão de que se uma pessoa não come aquilo que é o mínimo necessário e adequado à reprodução da vida, ela se enfraquece, e, se enfraquecendo, perde a luta contra a agressão e adoece. Adoecendo, não trabalha e nem pode mais vencer todas as lutas que uma sociedade competitiva lhe coloca. Portanto, trabalha menos, fala menos, mora pior, tem água em piores condições, se alimenta pior e adoece mais.

Este conceito, na sua simplicidade, é quase como dizer que, quanto piores as condições de vida de um povo, mais se entra em um ciclo vicioso. Quanto pior é a possibilidade de se ter assistência médica, pior é a possibilidade de se ter condições de trabalho dignas e decentes, que não troquem por dinheiro a intoxicação e a morte do trabalhador. E cada vez mais esse povo será mais doente.

Ao contrário, cada vez que um povo consegue ter direito a uma educação condigna; a uma habitação que não seja a casa do barbeiro nem um mangue com seus caranguejos, mas um lugar que permita ao camponês condições dignas de existência; a uma alimentação que possibilite e garanta a reprodução humana saudável, para que este País não se transforme numa nação de pigmeus (como já foi até denunciado); cada vez, enfim, que tais direitos são assegurados há uma população que luta mais e com maior consciência para transformar essa sociedade, visando a um nível de vida melhor, um bem-estar condizente com o crescimento acelerado da civilização tecnológica. Isto é o que queremos.

Nesta Conferência Nacional de Saúde, parece-me ser fundamental ter claro duas idéias: primeiro, que a saúde não é simplesmente ausência de doença, mas é bem-estar físico, mental, social e político; em segundo lugar, que as sociedades criam ciclos que são ciclos da miséria ou ciclos do desenvolvimento. Finalmente, que ao acontecer o ciclo da miséria, é vital que ele seja transformado, rompido.

Infelizmente, o Brasil, nos últimos anos, conseguiu romper com uma das leis mais consolidadas da história da civilização; a de que quando cresce a riqueza de um País melhora o nível de vida do povo. No auge do seu chamado "milagre econômico" quando este País conseguiu aumentar sua riqueza, conseguiu também aumentar o índice de mortalidade das suas crianças, o número de pessoas que passam fome, a miséria da grande maioria da população e o número de marginalizados. Enfim, aumentou a riqueza e diminuiu o tamanho do nosso povo. Isto precisa ser vencido e derrubado.

E foi neste sentido que se cunhou uma frase da maior importância: "Saúde é democracia". Isto é, passou-se a perceber que não era possível melhorar o nível de vida da nossa população enquanto persistisse, neste País, um modelo econômico concentrador de renda e um modelo político autoritário. Para romper o ciclo econômico que levava nossa população a viver cada vez mais em piores condições, um passo preliminar era a conquista da democracia. O problema não era técnico, não era imaginar que não tivéssemos conhecimentos, técnicas e profissionais para resolver o problema de saúde. O problema era de decisão política, e a política não colocava como prioritária a questão social. O que a política colocava como prioritário era o enriquecimento e a concentração de renda, mas nunca a melhoria de vida do nosso povo.

Portanto, o lema que surgiu dentro do sistema de saúde durante os últimos anos – "democracia é saúde" – significava que para se conseguir começar, timidamente, a melhorar as condições de saúde da população brasileira, era fundamental a conquista de um projeto de redemocratização deste País.

Essa luta teve repercussões em todos os níveis, na área médica, com a criação dos movimentos de renovação médica, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Teve impacto praticamente em todas as áreas de profissionais de saúde, com a conquista de associações e sindicatos que, antes, não representavam os interesses da categoria; permitiu que o papel do Legislativo, através das suas Comissões de Saúde, fosse recuperado como influenciador de uma política mais efetiva. Criou-se o Parlamento da Saúde, uma associação das Comissões de Saúde das Assembléias Legislativas Estaduais; os sindicatos dos trabalhadores formaram os Departamentos Sin-

dicais de Saúde do Trabalhador; a universidade participou de uma forma efetiva, gerando um conhecimento que permitisse fazer a crítica desse sistema de saúde.

E todo esse movimento acabou desembocando, simultaneamente, com a luta pela democratização deste País, no segundo semestre de 1984, numa luta pela redefinição de uma política de saúde, tendo em vista que, no contexto da redemocratização, era fundamental, também, a mudança no setor saúde, como seria fundamental uma mudança no setor urbano, agrário, financeiro e econômico.

Durante esse período fizeram-se muitos diagnósticos. Tentou-se entender por que os profissionais da área de saúde estavam concentrados nos grandes centros urbanos; por que a maioria dos serviços de saúde estava situada nas Regiões Sul e Sudeste; por que a nossa indústria farmacêutica foi totalmente sucateada, como aconteceu, também, com a grande maioria dos serviços públicos, que não receberam nenhuma prioridade durante os últimos anos. Como foi possível, durante esse período, liquidar com a capacidade de produção dos nossos laboratórios nacionais, e não só os de medicamentos?

Há dois dias, participava eu de um congresso nacional de municípios em que, quase que em forma de consenso, todos estavam preocupados com a questão do soro antiofídico. Porque é uma coisa muito grave não existir soro antiofídico no interior do País, para ser usado numa pessoa picada por cobra. Isto está ocorrendo, simplesmente, porque os laboratórios de produção do soro antiofídico também foram liquidados.

Como foi possível elaborar uma política de recursos humanos que levou as pessoas que desempenham funções iguais tenham salários diferentes? Como foi possivel, praticamente, liquidar com a capacidade de investigação da nossa universidade? Como foi possível estabelecer relações tão difíceis, para não usar uma palavra pior, com o setor privado? Enfim, como foi possível, durante esse período, montar um sistema tão perverso de saúde, que não atende aos interesses de ninguém?

Mas, hoje, não é mais o momento de repetir diagnósticos. Esta análise do sistema de saúde pôde, com outras palavras, ser repetida pela grande maioria das pessoas presentes. Ela está clara para o usuário, que encontrava centros de saúde funcionando só meio período, onde os profissionais que são contratados por seis horas trabalham só duas; onde a falta de higiene transforma o local numa verdadeira pocilga; onde falta medicamentos; onde o indivíduo não é tratado com o mínimo de dignidade humana, isto é, alguém com nome e sobrenome; onde todos os homens são transformados em "Zé" e todas as mulheres em "dona Maria".

Da mesma forma como esse diagnóstico pôde ser feito pelo usuário, ele está sendo discutido por todos os técnicos e políticos efetivamente comprometidos com as mudanças no sistema de saúde deste País.

Então, o momento da Conferência, na realidade, não está sendo pensado como o da continuação do diagnóstico, mas em quais são as possibilidades reais e concretas que temos de montar um sistema de saúde, hoje, no Brasil.

Este é o porquê da Conferência. E assim ela nasce, no instante em que o debate sobre a reformulação do sistema de saúde no Brasil, infelizmente, quase que ficou restrito a uma simples reforma administrativa, com a discussão da transferência ou não do INAMPS para o Ministério da Saúde. Só que não é esta a questão. O que está em questão é uma coisa muito mais séria, muito mais profunda do que uma simples reforma burocrática e administrativa.

Para que não ocorresse nenhuma mudança durante o ano de 1985 – e essa idéia foi muito importante – surgiu uma crítica bastante séria de que o conjunto das pro-

postas em que estava baseada a reformulação do sistema de saúde ainda não havia sido debatido o suficiente pela sociedade brasileira e que qualquer mudança no sistema de saúde não podia ser feita simplesmente por uma lei. Tinha que haver uma mudança a partir do instante em que existisse uma consciência nacional tão profunda, tão séria, que se transformasse em desejo político, num desejo político irreversível, eu diria quase que suprapartidário, que levasse à noção de que o sistema de saúde brasileiro tem que ser mudado.

Quando se teve esta compreensão, chegou-se a uma consciência de que tinha que ser convocada uma Conferência Nacional de Saúde, que permitisse a ampliação, a nível nacional, de todo o debate que durante o ano de 1985 aconteceu nas capitais e em alguns setores da sociedade brasileira. Então, essa Conferência Nacional de Saúde não podia ser igual às outras sete que a antecederam. Precisava ter uma natureza e um caráter absolutamente distintos, devia representar quase que um apelo à sociedade brasileira para que esta apresentasse suas críticas ao sistema existente, a partir do seu desejo, a partir da sua cultura. Porque o problema aqui não é o de buscar um modelo de saúde que seja adequado à nossa cultura de brasileiros, tirado do bolso de uma hora para outra, mas sim o de se buscar um sistema de saúde cuja experiência tenha sido gerada nas vivências do trabalho comunitário de bairros, nas práticas dos sindicatos, da Igreja, das secretarias de saúde, estaduais e municipais, que tanta coisa têm enfrentado no sentido de transformar esse sistema, baseados no conhecimento, inclusive, de pessoas que, por assumirem mais a convivência com esse sistema perverso, foram para algum lugar do País e começaram uma experiência concreta, na tentativa de modificá-lo.

É disto que estamos falando. Como recuperar, num certo instante, a cultura nacional, a experiência acumulada por aquelas instituições que trabalharam sério, por aqueles que têm algo a dizer, que podem nos alertar sobre o que não funciona e o que não vale a pena tentar. É para isto que foi convocada esta Conferência. Portanto, ela não podia ser uma reunião de funcionários, um encontro de empresários, simplesmente.

Há uns dias atrás, algumas entidades ligadas ao setor privado se retiraram da Conferência, alegando que, como representavam uma grande percentagem dos serviços de saúde prestados ao País, deviam ter maior número de delegados. Mas se equivocaram. No meu entender, essa proporção de serviços prestados não corresponde à proporção da população brasileira. E esta é uma Conferência da população brasileira e não uma Conferência dos prestadores de serviços.

Mas eu lamento profundamente a sua ausência, porque nesta Conferência está se tratando é de criar um projeto nacional que não pretende excluir nenhum dos grupos envolvidos na prestação de serviços, na construção da saúde do povo brasileiro. Assim, a eles queria deixar uma mensagem: que, mesmo na sua ausência, vamos estar defendendo os seus interesses, desde que estes não sejam os interesses da mercantilização da saúde. Portanto, todo aquele empresário que está trabalhando seriamente na área da saúde, na qualidade da sua competência técnica e profissional, não precisa se sentir atemorizado, porque aqui ele vai ser defendido.

Gostaria também de dizer aos senhores que a Conferência superou as nossas expectativas. Quando foi convocada – e é fundamental que isso seja colocado aqui – pensava-se numa Conferência que se realizaria durante cinco dias, de 17 a 21 de março, e com três temas fundamentais, aqueles que vamos debater a partir de hoje. O primeiro seria sobre se a saúde é ou não um direito do brasileiro. Isto levanta uma discussão muito séria. Por ser uma necessidade da pessoa humana, a saúde deve corresponder a um direito, que precisa ser defendido.

E o brasileiro, como pessoa humana, tem direito à saúde. Mas se a saúde é um direito, a quem cabe garanti-lo? Qual é a organização do serviço de saúde que, de acordo com a nossa cultura, com o nosso País, de acordo com a nossa experiência acumulada e com a estrutura dos serviços de saúde que temos vai permitir melhor a garantia desse direito? E, como financiá-lo? Era isto que queríamos discutir e imaginamos que cinco dias seriam suficientes.

Ao mesmo tempo, tínhamos absoluta certeza de que esta Conferência deveria representar a voz da sociedade brasileira e não ser simplesmente um encontro de funcionários. Assim, iniciou-se todo um movimento de discussão a nível dos estados, para que a Conferência pudesse representar os mais variados segmentos da sociedade. E, de repente, apareceu uma idéia que inicialmente não havia sido pensada: as Pré-Conferências Estaduais de Saúde. Elas nasceram num movimento quase que próprio, quando os estados começaram a ter interesse em se preparar para a Conferência. E as Pré-Conferências estaduais aconteceram, quase superando a própria Conferência Nacional, porque o que estamos fazendo hoje é um plenário de uma Conferência já iniciada.

A Conferência teve seu começo nos encontros municipais de São Paulo, nos debates no Pará e em Alagoas, no interior do Paraná. Todo esse debate se iniciou na CONCLAT, nas instituições sindicais, nos conselhos regionais de profissionais de saúde que, durante os três últimos meses, de uma forma ou de outra, discutiram a situação de saúde. Talvez não tanto como queríamos, mas, de certa forma, este debate superou todas as nossas expectativas, resultando em uma primeira conquista de grande importância na reorganização do Sistema Nacional de Saúde, com a criação de uma figura até hoje não existente: a das Conferências Estaduais de Saúde. Em alguns lugares aconteceram de uma maneira mais fácil, em outras, as forças políticas existentes não criaram nenhuma condição de diálogo. Mas elas acabaram ocorrendo praticamente em todos os lugares deste País, ou convocadas pelas comissões de saúde das assembléias legislativas, por plenários de entidades ou pelas secretarias estaduais, junto com superintendências e com as delegacias de saúde.

Depois, apareceu um fato também da maior importância: durante a organização da Conferência, imaginávamos que determinados temas não poderiam deixar de forma nenhuma de serem debatidos, como, por exemplo, a questão da saúde do trabalhador, tão maltratada na história do Brasil; a questão das grandes endemias, contra as quais ainda estamos perdendo a batalha; a questão de uma política de sangue que possa liquidar com esse vampirismo acelerado e mercantilista dos bancos de sangue neste País; a questão da política de equipamentos, vacinas e medicamentos, que nos leve à auto-suficiência e à independência nacional; a questão da política de recursos humanos, que recupere a dignidade do trabalho na área de saúde, com plano de carreira e capacitação permanente.

Enfim, nossa proposta inicial era de que a Conferência Nacional tratasse, simultaneamente, dos três grandes temas – Saúde como Direito, Reformulação do Sistema de Saúde e Financiamento do Setor – e de vinte temas específicos, tais como política de sangue, política de equipamentos, política de medicamentos, controle das grandes endemias, saúde da mulher e da criança, saúde do trabalhador.

Contudo, várias instituições e companheiros da área de saúde nos alertaram para o fato de que, no instante em que passássemos a conviver aqui, discutindo simultaneamente os temas fundamentais e os específicos, estaríamos correndo um grande risco, o de esvaziar os primeiros.

Chegou-se, então, a outra solução: se o objetivo da Conferência Nacional de Saúde era o de colocar a questão da saúde na esfera da Constituição, não se podia limi-

tar o debate a poucos dias. Além das Pré-Conferências e destes dias de um grande plenário nacional, ela deveria ser expandida para que, de março até outubro deste ano, todos esses temas fossem discutidos. Na realidade, temos que enfrentar a questão das grandes endemias, de uma política científico-tecnológica, da saúde da mulher e da criança. Assim, a partir de março, os debates dos temas específicos vão-se desdobrar nacionalmente.

E a Conferência deixou de ser um acontecimento de poucos dias para se tornar um grande processo que, mobilizando durante todo o ano a sociedade brasileira, a ciência, a academia, os profissionais, efetivamente possa caminhar para a construção de um grande projeto nacional na área da saúde, um projeto nacional que, imbuído de consciência, (podendo ser, inclusive, supra-partidário), num grande gesto de desejo e força possa ser irreversível.

E que esse projeto nacional, que não exclui o setor privado, deve ser federado, obedecendo, portanto, às diversidades de todas as regiões do País, pois existem responsabilidades específicas da União, dos estados e dos municípios; que possa ser formulado como uma verdadeira reforma sanitária, assim como foi possível, por um grande gesto de coragem, a instituição de uma reforma econômica e da mesma maneira que todos desejamos seja implantada uma efetiva reforma agrária. É fundamental, ainda, caminharmos para profundas reformas urbana e financeira.

Nós, do setor de saúde, sabemos que a saúde é determinada, antes de tudo, pela economia, pela política, pela sociedade, e temos, como grande responsabilidade, a construção desse projeto. Cabe a nós, profissionais, técnicos, romper o muro e o fosso do setor saúde e abrir canais de comunicação com a sociedade brasileira, inclusive aprendendo a falar com ela. Temos que começar a transformar nossa linguagem e a mudar nosso ouvido, para que, quando uma associação de bairro ou um sindicato falar, a gente entenda. E quando a gente disser que é importante acabar com as doenças transmissíveis neste País, isto possa ser expresso de uma forma simples e objetiva, para que o nosso povo entenda.

Esse novo pacto, essa nova aliança, é o que estamos chamando de uma profunda reforma sanitária neste País. Esta deve supor uma reformulação no sistema de saúde, baseada na inserção, na Constituição, de que a saúde é um direito do brasileiro e um dever do Estado. Mas que Estado? Temos aqui também que diferenciar entre Estado e governo. Estado pressupõe território, um povo e um governo. Muitas vezes, durante o período autoritário, Estado foi confundido com governo, e se estabeleceram leis de segurança do Estado que, na realidade, eram leis de segurança dos governantes. Não é disso que estamos falando, mas de uma nação, com um território e, dentro dele, um povo, que pretende ter um governo que represente seus interesses. Portanto, é a esse Estado – Estado como povo, como território, como nação – que cabe garantir o direito à saúde do seu povo. Esta é a primeira grande questão.

Outra grande questão é que a reforma sanitária deve ser ampla. Não pode ser confundida com reforma administrativa nem apenas com a transferência burocrática de instituições ou com a simples mudança da direção dessas instituições. A reforma sanitária pressupõe a criação de um organismo que, reunindo tudo o que existe a nível da União, possa, a partir de um grande fundo nacional de saúde, promover uma política de distribuição desses recursos mais justa e igualitária, alcançando, assim, a universalização, isto é, garantindo a cada pessoa neste País o direito aos serviços básicos de saúde.

É por essa reforma que estamos brigando. E ela não pode ser um projeto da minha cabeça ou da cabeça dos profissionais; ela tem que ser construída, desejada, montada, inventada pela sociedade brasileira, mesmo

que o resultado final não seja aquilo que muitos de nós estamos querendo que seja.

O que nos interessa nessa reforma sanitária, imaginando que ela seja um projeto nacional? Não é uma modernização administrativa das instituições, nem simplesmente mudar o desempenho das instituições (se bem que isto seja da maior importância); não é simplesmente acabar com fraudes (embora isto seja fundamental); nem somente recuperar a dignidade de um serviço público. É como se estivéssemos andando numa maria fumaça ofegante, lenta, soltando fumaça, quase que caindo pelas beiras da estrada e, sem parar, a transformássemos numa grande locomotiva que nos levasse para o futuro.

É fundamental, portanto, que, ao mesmo tempo, se modernize, se lute contra a fraude e se melhore o desempenho institucional, mas sem perder de vista o projeto. E este só aponta para um sentido: a melhoria das condições de vida da população. Se não alcançarmos tais condições, o projeto terá falhado.

Que morram menos crianças; que o nosso povo viva e cresça mais e que tenha menos medo; que trabalhe melhor e participe cada vez mais da criação do nosso futuro; que esta Nação se autodetermine e crie um grande projeto brasileiro. É para isso que apontamos. Este é o nosso compromisso, e por isto esta Conferência foi convocada.

Deste modo, gostaria de colocar uma última questão. Esta Conferência tem como representantes delegados, já que não queríamos que houvesse qualquer possibilidade de influência econômica na mesma, que uma entidade, por exemplo, por poder trazer um maior número de pessoas aqui, influenciasse no destino desta reunião. Queríamos garantir que os usuários pudessem expressar de uma forma absolutamente autô-

noma a sua posição e garantimos, então, vagas para várias entidades: CONTAG, CUT, CONCLAT, CONAM, etc. Pode ser que tenhamos errado em muitas coisas, mas na medida do possível, durante a própria Conferência, vamos tentar reverter os erros feitos em termos de representatividade. Mas o fundamental era garantir uma representatividade, garantir que alguém que viesse aqui na Conferência, eleito ou indicado por uma confederação que representa milhares de trabalhadores deste País, que não fosse confundido com o voto que pudesse ser trazido pelo poder econômico. Para tanto, a representatividade era fundamental. Mas, ao mesmo tempo, não queremos, de maneira alguma, excluir alguém. Todas as pessoas que chegarem aqui podem manifestar suas opiniões e participar de forma democrática das decisões que serão tomadas.

Gostaria de chamar atenção para o fato de que todos estão de olhos voltados para o que está ocorrendo nesta Conferência. Esta é a primeira vez em que se encontram o setor saúde e a sociedade. Pela primeira vez, os usuários estão representados numa Conferência Nacional de Saúde. Então, nosso papel na formação da política de saúde é da maior importância.

Talvez fosse mais fácil e, inclusive, mais tranqüilo, uma Conferência com um pequeno número de delegados. Provavelmente as filas dos sanitários não seriam tão grandes e não haveria dificuldades para se telefonar porque acabaram as fichas. Realmente, o número de presentes superou em muito as expectativas. Mas acho que é exatamente este o caminho. Temos que aprender a viver com a adversidade, com o coletivo. E será assim que vamos construir nosso projeto, sabendo que, embora muitas vezes possamos errar, não vamos errar nunca o caminho que aponta para a construção de uma sociedade brasileira mais justa.

PAINEL

SAÙDE COMO DIREITO ENERENTE À CIDADANIA E A PERSONALIDADE

Presidente: **Doutor Ronei Edmar Ribeiro**
Presidente do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS)

Expositores: **Doutor Jairnilson Silva Paim**
Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

Doutor José Geraldo de Sousa Júnior
Assessor Jurídico da Fundação Universidade de Brasília

Doutor Hélio Pereira Dias
Assistente Jurídico do Ministério da Saúde e Assessor do Ministro da Saúde

Doutora Sônia Maria Fleury Teixeira
Professora de Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas e da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz Vice-Presidente da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)

Debatedores: **Padre Pedrinho Guareschi**
Representante da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)

Néio Lúcio Fraga Pereira
Representante da Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM)

Carmem Barroso
Representante do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM)

Arlindo Chinaglia Júnior
Representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT)

Bernardo Bedrikow
Representante da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP)

José Luiz Barbosa Ramalho Clerot
Representante da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB)

Francisco Antônio de Castro Lacaz
Representante do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde dos Ambientes de Trabalho (DIESAT)

DIREITO A SAÚDE, CIDADANIA E ESTADO

JAIRNILSON SILVA PAIM
Professor Adjunto do Departamento de
Medicina Preventiva da Faculdade de
Medicina da Universidade Federal da Bahia

A noção de direito à saúde vem sendo difundida em muitos países, nas últimas décadas, enquanto componente da doutrina dos direitos humanos. [4/46] Considera que todo indivíduo, independentemente da cor, situação socioeconômica, religião e credo político, deve ter a sua saúde preservada. Neste sentido, caberia um esforço social visando à mobilização dos recursos necessários para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

Embora não seja pertinente questionar a legitimidade desse direito nem a oportunidade dessa doutrina, é importante registrar as dificuldades encontradas para a sua concretização nas sociedades em que prevalece a lógica da economia de mercado. Ainda que o reconhecimento desse direito se originasse em países capitalistas europeus, que reorientaram as suas políticas sociais dentro do modelo do chamado "Estado de Bem-Estar Social", cumpre lembrar que a manutenção dessas políticas tem sido ameaçada sempre que a economia vai mal ou quando as forças conservadoras assumem o poder. [37/39/61] No caso dos países subdesenvolvidos ou de crescimento econômico tardio, as dificuldades são expressivas, apesar dos esforços da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), junto aos respectivos governos, no intuito de estender o direito à saúde para todos. [48/62]

2. DIREITO A SAÚDE: CONCEITO BÁSICO PARA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE?

Para se formular políticas de saúde é necessário compreender a natureza e o desempenho do Estado nas sociedades moderadas e interpretar o sentido da ação estatal no âmbito da saúde. O conhecimento da organização dos serviços de saúde, a elaboração de proposições e o desenho de estratégias são componentes complementares do processo de formulação de políticas de saúde.[46] Portanto, é o entendimento do papel do Estado capitalista diante das condições de saúde da população e na produção e distribuição de bens e serviços de saúde que permitirá considerar o direito à saúde como noção básica para a formulação de políticas.

2.1. A NATUREZA DO ESTADO

O Estado, numa sociedade estruturada em classes, não é neutro. Seu desempenho é orgânico aos interesses das classes hegemônicas que, para evitar acúmulo de tensões sociais, passa a contemplar, dentro de certos limites, determinadas necessidades das classes subalternas. Atua, dentro dos marcos estabelecidos, para a preservação da ordem econômica capitalista, tendo como

função primordial assegurar as condições para o desenvolvimento econômico.[36] Assim, quando tem de optar entre a saúde da economia e a saúde da coletividade privilegia, usualmente, a primeira.

O Estado também não é um instrumento que pode ser manipulado livremente pelos grupos que controlam o poder.[56] A presença de forças conservadoras ou progressistas no governo não muda, necessariamente, o caráter do Estado capitalista, ainda que possa torná-lo permeável ou não a determinados interesses sociais, ou mesmo viabilizar a execução de políticas que contemplem segmentos majoritários da população. A partir dos embates que ocorrem na sociedade, o Estado pode dispor de uma autonomia relativa frente aos interesses imediatos das classes hegemônicas e, desse modo, atender às pressões "legítimas" das classes subalternas.

Assim, o Estado é mais que aparelho repressivo, ideológico, econômico ou burocrático. Enquanto expressão maior de organização política da sociedade, não se esgota nos seus ramos executivo, legislativo e judiciário, nem nos seus níveis federal, estadual e municipal. Expressa, na realidade, uma relação de forças[16/42] sociais em constante luta pela consecução dos seus objetivos históricos. Nesta perspectiva, o Estado *"é todo o complexo de atividades práticas e teóric*as *com as quais a classe dirigente justifica e mantém não só o seu domínio, mas consegue obter o consenso ativo dos governados".*[26]

2.2. ESTADO E SAÚDE

No que diz respeito à saúde, o Estado tem variado entre uma ação fundamentalmente normatizadora e uma intervenção facilitadora do consumo de serviços. Para tanto, pode contribuir parcialmente no financiamento do setor ou intervir totalmente na produção e distribuição de bens e serviços.[2 2]

Estes modos de realização das políticas de saúde são historicamente determinados, resultando das peculiaridades do processo de desenvolvimento capitalista de cada sociedade e das formas de evolução dos enfrentamentos sociais presentes em cada conjuntura. Conseqüentemente, a intervenção ampliada do Estado na saúde não pode ser explicada exclusivamente através do reconhecimento das suas responsabilidades com o bem-estar e com os direitos humanos ou do culto à racionalidade para aumento de produtividade e redução dos custos da assistência.[46] Ao contrário, a análise da dinâmica das relações sociais permite destacar o *"papel desempenhado pelo Estado de classe na manutenção da ordem social capitalista"*[22] visando, sobretudo, evitar que pressões populares por consumo não se transformem em outras potencialmente negadoras dessa ordem.

2.3. DIREITO À SAÚDE E FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS.

Com base nessas considerações é possível resgatar a idéia do direito à saúde como noção básica para a formulação de políticas. Esta se justifica na medida em que não confunda o direito à saúde com o direito aos serviços de saúde ou mesmo com o direito à assistência médica.[4]

Esta ambigüidade também se faz presente na expressão "necessidade de saúde", quando se procede um deslocamento da dimensão do estado de saúde para a questão dos serviços.[46/48] Tem o sentido de ocultar as condições necessárias para a obtenção da saúde, permitindo *"considerar-se a assistência médica como o principal fator determinante do nível de saúde".*[4]

A saúde, independentemente de qualquer definição idealista que lhe possa ser atribuída, é produto de condições objetivas de existência. Resulta das condições de vida – biológica, social e cultural – e, particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, através do trabalho. Portanto, é através das relações sociais de produção que se erguem às formas concretas de vida social. E o estado

de saúde corresponde a uma das revelações dessas formas de vida, isto é, *"um modo de andar a vida".*[14]

Neste contexto, promover saúde implica em conhecer como se apresentam as condições de vida e de trabalho na sociedade, para que seja possível intervir socialmente na sua modificação, enquanto que respeitar o direito à saúde significa mudanças na organização econômica determinante das condições de vida e trabalho insalubres e na estrutura jurídico-política perpetuadora de desigualdades na distribuição de bens e serviços.

A análise acima não visa subestimar a importância do setor saúde como componente das políticas sociais do Estado nem questionar o objetivo socialmente relevante de garantir o acesso igualitário aos serviços de saúde. Os serviços de saúde têm uma responsabilidade intransferível[19] para com a saúde da população, e a eqüidade constitui-se num princípio fundamental para a formulação de políticas de saúde numa sociedade democrática. O que ela procura destacar é que o perfil de saúde de uma coletividade depende de condições vinculadas à própria estrutura da sociedade, e que a manutenção do estado de saúde requer a ação articulada de um conjunto de políticas sociais mais amplas, relativas ao emprego, salário, previdência, educação, alimentação, ambiente, lazer etc.[46]

Dentro deste entendimento, "direito à saúde" não corresponderia a uma noção básica exclusiva do processo setorial de formulação de políticas de saúde, mas a um elo integrador que teria de permear todas as políticas sociais do Estado e balizar a elaboração e a implementação das políticas econômicas.

Ainda que seja questionável a dicotomia dos setores social e econômico,[32] não se pode negar a sua existência material através de instituições e de recursos. Portanto, assumir a saúde como eixo orientador das políticas sociais e articulá-la às políticas econômicas pode ser um passo importante, enquanto não prevalecer uma concepção globalizante do desenvolvimento na sociedade brasileira.

Por fim, com referência aos cidadãos, a noção de direito à saúde pode elevar a sua consciência sanitária[7], traduzindo-se em lutas pela sua inscrição no texto constitucional e em legislação específica e pela redefinição das políticas de saúde com vistas à eqüidade e à democratização. Dispõe ainda de um potencial de mobilização de vontades no interior de movimentos sociais, do Parlamento, de instituições e de partidos políticos que propugnam pela modernização da sociedade ou pela sua transformação.

Na medida em que a definição das necessidades de saúde e da extensão e especificação de sua cobertura se processa num campo de forças com interesses distintos que ocupam o espaço social, cabe à população organizada, no exercício de sua cidadania, verificar, a cada momento histórico, quais os grupos sociais que estão participando da definição de tais necessidades, bem como os mecanismos de utilização dos recursos a fim de atendê-las.[46] Neste contexto, é possível identificar as proposições e as estratégias viabilizadoras de mudanças das condições de saúde, formulando políticas de saúde consistentes com o projeto de uma sociedade efetivamente democrática.

3. OS MOVIMENTOS SOCIAIS E A AMPLIAÇÃO DO DIREITO A SAÚDE NAS SOCIEDADES MODERNAS

Data do século passado a emergência dos primeiros movimentos sociais pelo reconhecimento do direito à saúde. Neste contexto, foram estabelecidos os princípios básicos da medicina social, que se confundiam com um projeto mais amplo de reforma social, [58] a saber:

1º) A saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social.

2º) As condições econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a saúde e a

doença, devendo tais relações serem submetidas à investigação científica.

3.º) Devem ser tomadas medidas no sentido de promover a saúde e combater a doença e as providências relativas a tal ação devem ser tanto sociais quanto médicas.

Na visão de Rudolf Virichow, cientista militante da medicina social emergente, "*O Estado democrático requer que todos os cidadãos gozem de um estado de bem-estar, porque reconhece que todos têm iguais direitos. (...) Assim, não é suficiente que o Estado garanta a cada cidadão as necessidades básicas para a existência e que assista a cada um, cujo trabalho não basta para a satisfação dessas necessidades. O Estado deve fazer mais, deve assistir a qualquer um de forma que ele tenha as condições necessarias para uma existência saudável*"[58].

3.1. O SANITARISMO E O SEGURO SOCIAL

Nas décadas seguintes aos movimentos sociais da França e da Alemanha, tais propostas foram reduzidas a um programa de reforma sanitária mais limitado, que veio a constituir o modelo clássico de saúde pública, desenvolvido na Inglaterra e nos Estados Unidos, e transportado, no início do século XX, para os países sob a sua área de influência. Esta concepção liberal da saúde pública, em que a intervenção do Estado na saúde só é admitida para resolver problemas que os indivíduos, por si só, não fossem capazes de enfrentar, tornou-se dominante na organização dos serviços de saúde no Brasil na primeira metade do século atual, não obstante já fosse questionada nos Estados Unidos desde a década de 30[21] e substituída na Inglaterra, durante a década de 30, pela idéia de "Estado do Bem-Estar Social", com o advento do Plano Beveridge.[53]

Outro desdobramento do projeto original da medicina social foi o seguro social, instituído por Bismarck, na Alemanha,[58] e que teve certa influência na organização da previdência social brasileira. Ainda que a noção de seguro social se destacasse da idéia de "Estado democrático", presente nos movimentos sociais de 1848, reforçava, no entanto, a expansão dos direitos sociais.

De modo esquemático, pode-se dizer que os três elementos componentes da cidadania – os direitos civis, políticos e sociais – vem sendo reconhecidos progressivamente nos três últimos séculos.[34] A garantia dos direitos sociais no século atual estaria assim indicando um grau maior de civilização entre as sociedades modernas. O "Estado do Bem-Estar Social", responsável por tal garantia, poderia ser definido como aquele "*no qual o poder organizado e deliberadamente empregado (...) num esforço para modificar o jogo das forças do mercado em, pelo menos, três direções: subsistência, segurança e serviços sociais*"[34]. A essência destas reformas, nos marcos do capitalismo monopolista, foi "abandonar a noção de assistência social como algo na fronteira da política lidando com um pequeno grupo de párias, e substituir pela idéia segundo a qual a política social era uma parte integrante da política total e se ocupava das necessidades normais de todos, ou quase todos os membros da sociedade"[34].

3.2. SAÚDE E REDEFINIÇÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS

No caso da saúde, esta política social se expressa com a presença das organizações operárias no processo político e culmina com a implantação, na Inglaterra, do Serviço Nacional de Saúde, em 1948, considerado *"a estrutura mais estatizada e mais ampla da prestação de cuidados médicos individuais em sociedades capitalistas".*[24] *Neste sentido, "o verdadeiro símbolo do "Estado do Bem-Estar Social" foi muito mais o* **National Health Service** *do que o seguro social"*[34].

Nos países subdesenvolvidos, particularmente da América Latina, o **status** da cidadania não se desenvolveu de forma tão linear. Os direitos civis, embora formalmente reconhecidos, sofrem as oscilações da evolução política desses países. Assim, liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, por exemplo, são submetidas a cada surto autoritário que passa pela região. Os direitos políticos, como possibilidade de participar no exercício do poder político, de votar e de ser votado, se limitam, na maioria das vezes, a preâmbulos de constituições. No Brasil, por exemplo, somente com a Nova República os analfabetos passaram a ser cidadãos com direito de voto. Finalmente, quanto aos direitos sociais, que vão *"desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, da herança social e levar a vida de um ser civilizado"*[34] representam o componente mais sacrificado da noção de cidadania. Os esforços têm sido concentrados mais sobre o desenvolvimento econômico do que na garantia dos direitos sociais.

No caso da saúde, a grande questão posta no pós-guerra era se ela conduzia ao desenvolvimento ou se era um mero subproduto do crescimento econômico.[48] A prestação dos serviços ficava ao jugo das forças do mercado e às expensas da filantropia combinada com a ação supletiva do Estado, via previdência e assistência social. Somente no final da década de 60 e durante os anos 70, com o desenvolvimento da proposta da medicina comunitária e dos programas de extensão de cobertura de serviços de saúde estimulados por organismos internacionais, os estados latino-americanos passam a conferir alguma atenção à questão do direito à saúde.[48] Não como reconhecimento de um direito inerente à cidadania, mas, fundamentalmente, como forma de contornar certas tensões sociais resultantes do processo de desenvolvimento econômico, através de uma "medicina simplificada" para o chamado quarto estrato residente nas zonas rurais e nas periferias urbanas.

Essas observações não devem, no entanto, obscurecer as contradições geradas neste processo. No caso brasileiro, por exemplo, a deteriorização das condições de vida da população no período do "milagre econômico" conduziu a um agravamento das condições de saúde[39/49] que desencadeou um amplo processo de denúncia, inicialmente ligado aos meios acadêmicos e estendido, posteriormente, a associações científicas e entidades sindicais e comunitárias. Foram sendo constituídos movimentos sociais na área da saúde, quer dos trabalhadores do setor, quer de segmentos populares,[26] delineando-se um projeto de "democratização da saúde", vinculado às propostas políticas mais amplas das forças democráticas e populares.[49/60]

3.3. MOVIMENTOS SOCIAIS E A PROPOSTA DE SAÚDE PARA TODOS

Portanto, para os países subdesenvolvidos, ou de desenvolvimento econômico tardio, a questão do direito á saúde permanece em aberto como campo de luta política e ideológica. O próprio Plano Beveridge já afirmava que *"libertar o homem da miséria é algo que não pode impor-se à democracia, nem ser a ela oferecido, mas que deve ser por ela conquistado".*[53] Assim, somente 30 anos após a Inglaterra criar o Serviço Nacional de Saúde, e depois que os países socialistas provaram ser possível estender serviços de saúde para todos, mesmo em condições modestas de desenvolvimento econômico, foi firmada a Declaração de Alma-Ata, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, cujo artigo 1.º estabelece: *"A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde-estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais*

importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde."[41]

Os Estados signatários desta Declaração ou aqueles que a ratificaram na Assembléia Mundial da Saúde, em 1979, passam, portanto, a comprometer-se com o reconhecimento do direito à saúde.[27/52] Caberá, no entanto, às forças sociais organizadas as mudanças econômicas, políticas e sociais que o tornarão exeqüível. Isto, porque não basta a adesão formal dos governos a estes princípios. Muitos países subscreveram a Declaração Universal dos Direitos Humanos e aprovaram a Constituição da Organização Mundial da Saúde, no final da década de 40, quando foi destacado que "o gozo do mais alto nível possível de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano".[4] No entanto, a realidade continuou distante da efetivação desse direito.

O Brasil, por exemplo, eximiu-se de formalizar o reconhecimento do direito à saúde nas Constituições de 1891, de 1934, de 1937, de 1946 e de 1967. Explícita, no máximo, a assistência médico-sanitária ao trabalhador, através da previdência social, e a competência da União para o estabetecimento de planos nacionais de saúde. Daí a importância de, ao lado da Declaração de Alma-Ata e da proposta de Saúde para Todos no Ano 2.000, avalizadas pela OMS/OPAS, ter efetivamente ocorrido no Brasil um conjunto de movimentos sociais em torno da democratização da saúde, que culminou com a bandeira "Saúde, direito do cidadão e dever do Estado". Dentro desses movimentos, destacaram-se como formuladores de proposições nos últimos dez anos o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)[49] e, mais recentemente, a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).[1/2] No caso do CEBES, os seus documentos "A questão Democrática na Área da Saúde",[19] de 1979, e "Assistência à Saúde numa Sociedade Democrática",[20] de 1984, representam os posicionamentos mais lúcidos e abrangentes apresentados à sociedade brasileira para a questão saúde. A ABRASCO vem ultimamente promovendo um conjunto de reuniões, discussões e articulações entre grupos e entidades com vistas à 8ª. Conferência Nacional de Saúde e à Assembléia Nacional Constituinte.

Conforme o documento de base para as discussões técnicas da 37ª. Assembléia Mundial da Saúde, em 1984, *"os governos que adotaram a meta de saúde para todos na Assembléia Mundial da Saúde se comprometeram, assim, a fomentar o progresso de todos os cidadãos numa ampla frente de desenvolvimento e manifestaram sua decisão de estimular o cidadão individual a alcançar uma melhor qualidade de vida. Isto impõe uma mudança, porquanto o setor saúde necessita o consenso das instituições sociais para avançar até os objetivos da eqüidade, pertinência e eficácia dos serviços de saúde"*[28]. Nesta perspectiva, até mesmo a proposta "Saúde para Todos no Ano 2.000", que originalmente poderia ter um sentido de controle social,[38] talvez seja recuperada por uma estratégia política definida pelos trabalhadores e seus aliados históricos e recriada a partir de um novo conteúdo potencialmente transformador.[48]

4. AS DESIGUALDADES NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL, HOJE

Ao se examinar a situação de saúde no Brasil, depara-se com um conjunto de problemas intimamente ligados às condições de vida dos diferentes grupos sociais, e que refletem, em última análise, as desigualdades regionais, espaciais e sociais da distribuição da renda e dos recursos públicos.

No âmbito das condições de saúde, tem-se uma população apresentando um padrão "moderno" de morbidade, caracte-

rizado pela expressiva freqüência de doenças do coração, neoplasmas, acidentes e distúrbios mentais, e, simultaneamente, uma morbidade de pobreza, quando se destacam a desnutrição, as doenças infecciosas parasitárias e, muito especialmente, as doenças diarréicas. Embora tais patologias guardem uma relação consistente com as características de cada região do país, com o espaço urbano e rural e, fundamentalmente, com as classes sociais a que pertençam os individuos, torna-se cada vez mais observável a concomitância de patologias modernas com aquelas inerentes à pobreza. Neste particular, os modelos de industrialização e de exploração econômica do campo implantados no país fazem incidir sobre a mesma população, que antes sofria basicamente de desnutrição e de doenças infecciosas e parasitárias, os possíveis sinergismos das intoxicações por, produtos e poluentes industriais, os acidentes de trabalho e por veículos automotores, e as doenças mentais, entre outros.

Apesar das deficiências das estatísticas sanitárias, cabe registrar a evolução da mortalidade proporcional nas capitais brasileiras nos últimos 50 anos, que aponta para um decréscimo expressivo na proporção de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, contrastando com o crescimento da proporção de óbitos por doenças do aparelho circulatório, neoplasmas e por causas externas, tais como acidentes de transporte, de trabalho e intoxicações. Em 1930, 45,7% dos óbitos eram por doenças infecciosas e parasitárias, 11,8% por doenças do coração e 2,6% por causas externas. Já em 1980, 30,8% do total de óbitos correspondem às doenças do coração, 11,4% às infecciosas e parasitárias, 11,2% aos neoplasmas e 7,7% às causas externas.[35]

As dez primeiras causas de óbitos ocorridos em 1980, no Brasil, foram responsáveis pela perda de 5.228.324 anos potenciais de vida da nossa população. As doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 16,2% dessa perda, as pneumonias por 10,4%, os neoplasmas por 4,2% e os acidentes de trânsito de veículos a motor por 3,8%.

Quando são consideradas as grandes regiões do Brasil, em 1980, verifica-se que as doenças infecciosas, e parasitárias constituem-se ainda na primeira causa de morte no Norte e Nordeste (26,9 e 21,0% respectivamente), enquanto as doenças do aparelho circulatório representam a primeira causa de morte no Sudeste (34,5%), no Sul (35,7%) e no Centro-Oeste (26,1%). Do mesmo modo, as enterites representam a causa mais importante de óbitos dos menores de 1 ano no Norte e Nordeste, enquanto as afecções perinatais contribuem como primeira causa de mortes infantis no Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

Ainda que se admita, de modo otimista, uma taxa de mortalidade infantil de 70 por 1000 nascidos vivos no Brasil em 1980, constata-se que tal coeficiente foi alcançado no Japão em 1947, no Canadá em 1937, na Inglaterra em 1929, nos EUA em 1926 e na Suécia em 1915. Para que não sejam citados exemplos exclusivos de países desenvolvidos, lembre-se que em 1980 Cuba apresentava uma taxa de 18,3, a Costa Rica de 19,1, o Chile de 31,8 e Argentina de 40,8. Somente o Paraguai apresentou um coeficiente superior ao Brasil, entre os países das Américas.

A mudança na estrutura de mortalidade, acompanhada da persistência de grandes endemias (malária, doença de Chagas, esquistossomose, febre amarela, leishmaniose, tracoma, filariose e peste) e da emergência de novos agravos à saúde, estão a exigir não só a revisão das políticas econômicas e do modelo de desenvolvimento do país mas, especialmente, a reorientação efetiva das políticas sociais do Estado no sentido da sua adequação às necessidades de saúde dos diferentes grupos sociais.

Todavia, quando se examina a situação de saúde sob o ângulo dos serviços, observa-se a reprodução das desigualdades na distribuição dos recursos públicos, quer em

termos regionais quanto sociais. Não obstante as iniciativas governamentais dos últimos dez anos (Lei n.º 6.229 do Sistema Nacional de Saúde, PIASS, PREV-SAÚDE, Plano do CONASP e, recentemente, Ações Integradas de Saúde) os serviços de saúde, além de insuficientes e mal distribuídos, caracterizam-se pela inadequação, ineficiência, autoritarismo e baixa eficácia.[47/50]

Apesar dos planos e programas enfatizarem reiteradamente as medidas preventivas, o financiamento das ações de saúde nos últimos 35 anos segue no sentido contrário. Em 1949, 12,9% dos gastos em saúde se faziam para assistência médico-hospitalar e 87,1% para os "serviços preventivos", enquanto em 1982, 84,6% dos gastos foram para a assistência médico-hospitalar e apenas 15,4% para os "serviços preventivos". A participação do Ministério da Saúde no orçamento da União vem decrescendo nas 2 últimas décadas, representando, em 1984, um percentual de apenas 1,48%. No que se refere à Previdência Social, a participação dos gastos do INAMPS em relação à receita do SINPAS caiu de 29,8% em 1978 para 17,8 em 1984.[6]

4.1. SAÚDE E CONDIÇÕES DE VIDA

Face à consistente vinculação entre a situação de saúde e as condições de vida da população, o quadro sanitário do Brasil de hoje reproduz a distribuição desigual da renda entre as regiões, entre as Unidades da Federação, entre capital e interior, entre as áreas urbanas e rurais, entre os bairros centrais e periféricos. Mesmo levando-se em conta as deficiências das estatísticas de saúde, as informações disponíveis são suficientemente reveladoras dessas disparidades regionais e sociais. De outro modo, investigações científicas efetuadas dão conta de que esse perfil sanitário pode ser explicado por processos sociais ligados ao modelo de desenvolvimento brasileiro, com o destaque para a urbanização, a industrialização e as migrações, porém determinados, em última instância, pelas relações sociais de produção que conformam a distribuição de bens e serviços entre as classes e frações de classes sociais no Brasil.[30]

4.2. REPRODUÇÃO DE DESIGUALDADES

No que diz respeito à oferta de serviços de saúde, cujas políticas sociais do Estado poderiam dispor de uma função compensatória através de uma adequada distribuição dos recursos públicos, na realidade reproduz as mesmas desigualdades observadas no quadro sanitário. Apesar da intensa presença do Estado no setor saúde, a oferta de serviços é determinada pelas características sociais da clientela. Assim, as classes proprietárias e os segmentos superiores da classe média podem comprar os serviços médico-hospitalares a preços do mercado, exercer a livre escolha de profissionais prestigiados consumindo a tecnologia de ponta ou recorrer a planos especiais e ao padrão "executivo" de seguro saúde privado. Já os trabalhadores urbanos e o restante da classe média utilizam os serviços financiados pela previdência social, cujas modalidades assistenciais apresentam lógicas distintas de funcionamento. Por último, os trabalhadores rurais e os outros grupos sociais inseridos irregularmente no mercado de trabalho ou são atendidos através de convênios do FUNRURAL com instituições filantrópicas e hospitalares privados de pequeno porte ou são assistidos precariamente pelos serviços públicos de saúde dos estados e municípios. Mesmo as iniciativas mais progressistas de universalização do atendimento e de unificação dos serviços, como é o caso das Ações Integradas de Saúde (AIS), não conseguiram reduzir essa estratificação na estrutura de prestação de serviços de saúde.

Assim, as desigualdades no acesso aos serviços de saúde no Brasil, hoje, expressam-se através da discriminação de clientelas e muito especialmente mediante a exclu-

são, na cobertura de serviços básicos de saúde, de uma população estimada em mais de 40 milhões de brasileiros. Além disso, a assimétrica distribuição espacial de leitos hospitalares, consultórios, laboratórios, profissionais de saúde e pessoal auxiliar tendem a configurar uma cobertura simbólica da atenção médico-sanitária, ao invés de uma acessibilidade física, social e cultural, requisito básico para a consecução do princípio da eqüidade na formulação de políticas de saúde.

Os esforços iniciais da Nova República relativos ao aumento do orçamento do Ministério da Saúde para 1986, o programa de suplementação alimentar e a expansão das Ações Integradas de Saúde para todo o Brasil, embora importantes, ainda não foram suficientes para promover alguma reversão no quadro descrito.

5. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO, POLÍTICAS SOCIAIS E SAÚDE NO BRASIL DEMOCRÁTICO

Para o alívio das tensões acumuladas pelo desenvolvimento capitalista brasileiro e tentativa de suavização dos efeitos perversos das políticas de saúde antipopulares, os dois governos autoritários pós-74 acenaram para a "abertura social", utilizando-se de políticas racionalizadoras, mas ainda subalternas às políticas dominantes de capitalização do setor saúde.[50]

Com o anúncio da Nova República por Tancredo Neves, diversas forças da sociedade civil elaboraram propostas para o V Simpósio de Política Nacional de Saúde, promovido pelo Parlamento, em novembro de 1984.[9] O documento final do evento apresentou um conjunto articulado de proposições políticas para a saúde, com vistas ao programa do governo de transição democrática. Diversos documentos foram, posteriormente, encaminhados ao Escritório Técnico do Presidente Tancredo Neves que, a partir de tais contribuições, elaborou o Programa de Ação do Governo – Setor Saúde.[8]

5.1. SAÚDE NA NOVA REPÚBLICA

Assim, a proposta de saúde para a Nova República contemplava um programa de emergência que, entre outras medidas, deveria privilegiar a suplementação alimentar para crianças e nutrizes e a expansão, para todo o território nacional, da estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS). A médio prazo, o Programa sugeria alternativas para o financiamento do setor, para a reorganização institucional com vistas ao estabelecimento de um Sistema Único de Saúde, para a redefinição da política de recursos humanos e para a reorientação das políticas científicas e tecnológicas, particularmente nos setores de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares.[8]

No ano de 1985, o Congresso Nacional delegou poderes ao Presidente da República para a reestruturação dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social,[12] o que permitiu, posteriormente, a transferência da CEME (Central de Medicamentos) para o Ministério da Saúde; a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) ratificou a estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS), mediante Portaria interministeriaL;[11] o Ministério da Saúde lançou o Programa de Suplementação Alimentar, priorizando nutrizes e as crianças com até 30 meses, pertencentes a famílias com rendimentos inferiores a 2 salários mínimos,[10] o Ministério da Previdência e Assistência Social, através do INAMPS, ampliou significativamente os recursos para as AIS e redefiniu as bases do Convênio-Padrão com os hospitais universitários, beneficiando-os com o Índice de Valorização Hospitalar (IVH)[51]; e, finalmente, o Presidente Sarney aprovou o orçamento de 1986, contemplando o aumento da participação do Ministério da Saúde na distribuição dos recursos da União.

Estas e outras medidas preliminares, como a luta contra a fraude pela Previdência Social, o restabelecimento da credibilidade e do equilíbrio financeiro do Minis-

tério da Previdência e Assistência Social, o combate à recessão e à descompressão da política salarial podem conferir ao novo governo o apoio de forças sociais, no sentido de fazer avançar as mudanças necessárias à concretização de políticas sociais que ampliem e aprofundam o estatuto da cidadania.

5.2. DEMOCRATIZAÇÃO DA SOCIEDADE E REDEFINIÇÃO DO ESTADO

A democratização da sociedade brasileira passa, deste modo, a requerer um Estado Moderno, relativamente autônomo com referência aos interesses imediatos da economia capitalista, que seja capaz de reorientar a distribuição de bens e serviços, mediante a implementação de políticas econômico-sociais consistentes e articuladas. A opção por políticas sociais que não reproduzam as desigualdades criadas pela ordem econômica capitalista constitui uma expectativa relativamente modesta das forças democráticas e populares para um governo de transição. Tais políticas sociais, para elevarem à condição de cidadãos os milhões de brasileiros excluídos dos benefícios do desenvolvimento, terão de rejeitar o recurso tentador à assistência social, patrocinado pelo velho liberalismo, que na área da saúde reduz-se à mera doação de alimentos, de remédios e de "medicina simplificada". Ao contrário, as políticas sociais de uma república que se quer verdadeiramente nova deverá ampliar os canais para a democratização da saúde, de modo que os indigentes de ontem e os consumidores de hoje possam amanhã, enquanto cidadãos, lutar pelos seus direitos e organizar-se politicamente para conquistá-los.

O fato de a sociedade brasileira encontrar-se num processo constituinte estímula a sistematização das idéias que poderão dar materialidade ao direito à saúde, que precisa ser reconhecido e inscrito na nova Constituição. Tais idéias já permeiam um conjunto de proposições políticas referentes ao financiamento do setor saúde, à participação social em saúde e à reformulação do Sistema Nacional de Saúde devendo ser objeto de ampla discussão durante a 8.ª Conferência Nacional de Saúde.

Este momento histórico é de significativa importância, pois poderá estabelecer, através da Nova Carta, um novo relacionamento entre Estado e sociedade civil no Brasil, que faça avançar o processo de democratização.

5.3. AS AIS E A REFORMA SANITÁRIA

Na medida em que é impensável uma reforma sanitária substantiva que desconheça os interesses e necessidades diversificados da sociedade brasileira, o avanço das políticas de saúde e a reorganização institucional que lhe dará suporte requer a mobilização de forças sociais e a definição de compromissos e alianças com vistas à Assembléia Nacional Constituinte e a nova composição do Congresso Nacional, a partir de 1987. Ou seja, qualquer reforma mais ampla nas políticas de saúde e na reorganização do setor, para ser efetiva, passa necessariamente pelos políticos e seus partidos, ainda que para ser eficaz necessite do avanço dos movimentos sociais e da organização dos cidadãos com vistas ao controle democrático sobre os serviços de saúde.

Como lembrava Cecília Donnângelo, já não é lícito desconhecer onde radica econômica e politicamente a medicina convencional[23]. Já está bastante estudada a invasão dos interesses capitalistas no setor saúde e, particularmente, nas suas estruturas de poder. Estes interesses cristalizados dispõem de força política não desprezível disposta a acionar os instrumentos que possuem para se opor às mudanças que se fazem necessárias. Do lado dos usuários dos serviços de saúde, também não é possível ignorar o fato de que na base da sua estratificação encontra-se a estrutura de classes da sociedade brasileira, com distintos mecanismos e padrões de consumo médico e

também com diferentes possibilidades de pressão política. Assim, políticas de saúde que não pretendam reproduzir tais desigualdades terão – para obter apoio de um amplo leque de segmentos sociais e políticos que assegurar, ainda no governo atual e antes mesmo da Nova Constituição, a facilidade de acesso aos serviços e um padrão digno de qualidade às parcelas da população servidas pelos distintos esquemas de atenção médico-sanitária vigentes.

Para se conseguir apoio político em favor das mudanças há que se dispor de alternativas concretas que incidam em melhorias objetivas para os trabalhadores de saúde e para segmentos consideráveis dos usuários dos serviços. Essas alternativas têm que ser progressivamente postas em prática e simultaneamente pensadas numa articulação com as propostas das forças sociais e políticas que se organizam para a eleição dos representantes na Assembléia Nacional Constituinte e dos governadores, deputados estaduais e vereadores a serem escolhidos em novembro de 1986.

Nesta perspectiva, as Ações Integradas de Saúde podem ser entendidas, presentemente, como a estratégia-ponte para a redefinição das políticas de saúde e para a reorganização do setor.[50] Nunca como "lenitivo" para o caos do sistema de saúde, ou fonte-tampão de recursos para prefeituras combalidas ou como mero remendo por não ter o Presidente Sarney transferido o INAMPS para o Ministério da Saúde, em 1985. As AIS, por estarem presentes na realidade mediante aporte significativo de recursos financeiros, convênios e medidas político-administrativas, e não apenas na ideologia de técnicos e de intelectuais, poderão permitir pôr em prática as melhorias objetivas requeridas pelos usuários e trabalhadores de saúde. Na perspectiva política, têm potencialmente a capacidade de ampliar as bases de apoio para as mudanças mais profundas a serem viabilizadas a partir da Constituinte e do Novo Congresso eleito em 1986.

Na medida em que a efetivação das mudanças propostas pela Assembléia Nacional Constituinte requer tempo, tanto no sentido cronológico quanto na idéia de tempo político de viabilização, as Ações integradas de Saúde, enquanto expressão das políticas de saúde do governo Sarney, poderão prestar os serviços de que a população necessita.

6. A SAÚDE É UM DEVER DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA, DO ESTADO OU DA SOCIEDADE?

A resposta a essa questão demanda por uma discussão que recortaria os campos da moral, da ética, da filosofia, do direito e da política, difícil de ser levada a cabo nos limites do presente texto. Todavia, não é possível dissimular as questões de fundo entre o público e o privado,[40] entre o Estado de direito liberal e o "Estado social"[31], entre a "democracia relativa" e a "democracia substantiva".[15]

Nas sociedades modernas em que predomina o modo de produção capitalista já não é mais possível confinar a responsabilidade com a saúde entre o indivíduo e a família. Mesmo nos Estados Unidos, onde são elaboradas as mais refinadas ideologias sanitárias neoliberais para combater a intervenção do Estado no setor saúde,[48] observa-se, na realidade, uma ampla participação estatal no financiamento do setor saúde, uma significativa rede de hospitais públicos e de serviços de saúde comunitários, bem como a execução de programas governamentais visando assegurar o mínimo de consumo de serviços de saúde para os seus milhões de pobres.[21]

Nos países europeus, que desde a Segunda Guerra assumiram o modelo de "Estado de Bem-Estar Social", já se reconhece a saúde como assunto de inequívoca responsabilidade social, tal como propugnava o movimento da medicina social na França e na Alemanha do século passado. O Estado, enquanto sociedade poli-

ticamente organizada, passa a ter o dever de assegurar o direito à saúde aos cidadãos, facilitando os serviços necessários ao atendimento das necessidades sociais. Países como a Inglaterra, Alemanha, França, Suécia[57] e, mais recentemente, a Itália,[7/13] têm reservado parte substancial do seu Produto Interno Bruto para a saúde e organizado sistemas nacionais de saúde com forte participação estatal na produção direta dos serviços."

Quanto aos países socialistas, já são conhecidas as experiências bem-sucedidas de reorganização dos serviços de saúde[33] que permitiram a universalização da cobertura para a população, com custos compatíveis para as respectivas economias. O caso da China, pela sua extensão territorial e preservação da medicina popular, e o caso de Cuba, pelos sucessos obtidos nos últimos 25 anos em comparação aos demais países da América Latina e do Caribe, representam exemplos consistentes da exeqüibilidade de sistemas de saúde efetivos em países economicamente pouco desenvolvidos.

6.1. ESTATIZAR PARA PRIVATIZAR?

No caso brasileiro, a julgar pelas constantes pressões dos empresários da saúde sobre o Estado para o financiamento das suas empresas e para a ampliação da compra de serviços para a população previdenciária, não seria completamente inteligível uma oposição ao dever do Estado para com a saúde dos cidadãos. Ainda mais porque a ampliação da intervenção estatal no setor saúde, proporcionada pelos governos do autoritarismo, *"desenvolveu um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade, favorecendo os produtores privados destes serviços".*[59] Conseqüentemente, descontando-se as discussões ideológicas entre os liberais e os estatizantes, o que importa é analisar a pertinência da manutenção de uma política que recolhe recursos públicos para promover um setor privado incapaz de se manter no mercado sem a proteção paternalista do Estado. O aparente paradoxo desta política tornou-se claro com as palavras do arguto Gentile de Melo: estatizar para privatizar.

Ainda que setores empresariais defendam a saúde como dever da sociedade para, deste modo, justificar o fortalecimento da iniciativa privada no campo da saúde e o controle da saúde da força de trabalho pelo capitalista, seria compreensível que esses mesmos setores pudessem conciliar com a tese da **Saúde como Dever do Estado**, caso este se dispusesse a sustentar as empresas médicas privadas através da transferência de recursos públicos. A tendência maior que se expressa, tanto no documento final do V Simpósio de Política Nacional de Saúde, promovido pela Câmara dos Deputados, como no Programa de Ação do Governo-Setor Saúde da Nova República, bem como nos discursos dos Ministros da Saúde e da Previdência e Assistência Social do Governo Sarney é, no entanto, pelo reconhecimento da **SAÚDE como DIREITO do cidadão e DEVER do Estado.**[8]

6.2. ESTADO, SAÚDE, LEGITIMIDADE E PARTICIPAÇÃO POLÍTICA

O que permanece aberto, todavia, para discussão, é se os serviços de saúde devem ser uma concessão do poder público e se a saúde pode ser considerada essencialmente como um serviço público. Neste particular, a questão não parece fundamentalmente doutrinária. Trata-se, na realidade, de questionar se o Estado capitalista moderno pode dispensar os efeitos ideológicos de legitimidade conferidos pelo reconhecimento dos direitos sociais e pela melhoria dos serviços de saúde, numa sociedade clivada por contradições e desigualdades como a brasileira.

Uma última observação merece registro: público não significa estatal.[5/17] Na realidade, o que se tem observado na his-

tória brasileira é a gestão privada das coisas públicas. Mesmo os serviços de saúde estatais podem não ser efetivamente públicos enquanto forem impeditivos da gestão pública das instituições.[40] Nesta perspectiva, convém a retomada da discussão do significado da cidadania plena ou, para usar a expressão de CARDOSO,[5/18] cabe aprofundar o debate sobre democracia substantiva. A garantia dos direitos sociais não deve reduzir os cidadãos a meros peticionários da administração ou da burocracia.[31/42] Ou seja, a prestação de serviços por parte do Estado não pode deslocar a participação política dos cidadãos para reivindicações específicas, a mercê das oscilações comportamentais da tecno-burocracia·[3/25/44] A transparência dos aparelhos de Estado à informação do público, o controle público dos serviços estatais e a gestão pública das instituições (mesmo as empresas privadas) é que poderão contracenar com os riscos do "estatismo autoritário" ou "democracia autoritária" e romper os limites da participação dos cidadãos na vida política.[43]

Para que o direito à saúde e à democracia não sejam palavras gastas e vazias, o momento histórico requer a ação de um protagonista fundamental e insubstituível: o povo.

"POVO também é uma palavra gasta
Mas o povo – o povo mesmo – despertou
Quando lhe prometeste uma Nova República
Iluminada ao sol do novo mundo".
(Ferreira Gullar)

REFÊRENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ABRASCO. Contribuição da ABRASCO para análise do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social. In: **Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social**, 2. ABRASCO, PEC/ENSP, Rio de Janeiro, 1983, p. 103-107.

02. ABRASCO. CEBES. SESB/PR. Relatório final da Reunião de Trabalho sobre Ações Integradas de Saúde. **Saúde em Debate**; Belo Horizonte, 17: 23-24, 1985.

03. ALMEIDA, M. H. T. de. É tempo de novos direitos. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, 2 (2) : 1, 1983.

04. ARAÚJO, J. D. de. O direito à saúde: um problema de administração e de política. **Rev. Brasil. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, 3 (3) : 7-21, 19 7 9.

05. AQUINO, J. R. O processo constituinte e a saúde. In: **ABM Noticias**, Salvador 153: 6-7, 1985.

06. BASES financeiras da política de saúde. RADIS – Tema. Rio de Janeiro, 6:1-7, abril 1984.

7. BERLINGUER, G. **Medicina e Politica**. CEBES/HUCITEC. São Paulo 1978. 199p.

08. BORBA, E. (coordenador). Programa de Ação do Governo – Setor Saúde. **Documento elaborado pelo Escritório Técnico do Presidente Tancredo Neves**. s.n.t. 65 p.

09. BRASIL, Câmara dos Deputados. Comissão de Saúde. Proposta Política para um Programa de Saúde. **Saúde ern Debate**. Belo Horizonte, 17: 33-36, 1985.

10. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 635 de 3.9.85. Aprova as normas e atribuições para a execução do Programa de Suplementação Alimentar (PSA). Diário Oficial, 4.9.85, p.13012/ 13013.

11. BRASIL. MS. MPAS. ME. Portaria interministerial. Ratifica a estratégia das Ações Integradas de Saúde, entre outros. Brasilia 7.6.85. In: **INFORMAÇÃO PARA A SAUDE.** Brasilia, 6 (7) : 94, jul. 1985.

12. BRASIL, Senado Federal. Resolução nº 1 de 28.5.85 – CN. "Delega poderes ao Senhor Presidente da República para elaboração da Lei dispondo sobre a reestruturação dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social". Diário Oficial, 30.5.1985. In: **SAÚDE EM DEBATE**; Belo Horizonte 17 : 52, 1985.

13. BROWN, L. D. Health Reform, Italian Style. Health **Affairs** 3 (3) : 75-101, 1984.

14. CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Forense – Universitária. Rio de Janeiro. 1978. 270 p.

15. CARDOSO, F. H. **Autoritarismo e democratização**. Paz e Terra. Rio de Janeiro, 1975. 240 p.

16. ——— Poulantzas e os Partidos do Brasil. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo 1 (2) : 3-7, 1982.

17. ——— La Sociedad y el Estado: pensamiento iberoamericano. **Revista de Economia Política**. nº 5, enero/junio 1984.

18. A democracia na América Latina. **Novos Estudos CEBRAP**. São Paulo 10:45-56, 1984.

19. CEBES. A questão democrática na área de Saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro 9:11-13, 1980.

20. Assistência à Saúde numa Sociedade Democrática. **Saúde em Debata**. Belo Horizonte, 17: 8-11, 1985.

21. COUTO, R. A. Poverty, Politics and Health Care (Praeger special studies in U.S. economic, social, and political issues). **Praeger Publishers**, USA. 1975. 197 p.

22. DONNÁNGELO, M. C. F. **Medicina e Sociedade.** O médico e seu mercado de trabalho. São Paulo. Pioneira, 1975, 174 p.

23. ——— Uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. In: **BRASIL**. Câmara dos Deputados. Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Brasília, 1980, p. 83-88 (debatedora).

24. ——— PEREIRA, L **Saúde e Sociedade**. Duas Cidades. São Paulo, 1976, 124 p.

25. DURHAM, E. R. Movimentos sociais e a construção da cidadania. **Novos Estudos CEBRAP**. São Paulo, 10:24-30, 1984.

26. ENCONTRO popular para saúde. **Saúde em Debate**. 11 : 48-49, 1981.

27. ESTRATÉGIA mundial de salud para todos en el año 2000. Genebra, Organizacion Mundial de la Salud, 1985. (Saúde para Todos, 3).

28. FUNCION de las universidades en las estrategias de salud para todos. Contribución al desarrollo humano y a la justicia social. Documento de para las Discusiones Tecnicas de la 37ª Asanblea Mundial de la Salud. **Educ. Méd. Salud.** Washington 19(1): 85-113, 1985.

29. GRAMSCI, A. **Maquiavel, a política e o Estado** moderno. 29 ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1976 p. 11-132.

30. GUIMARÃES, R. (organizador). **Saúde e Medicina no Brasil**: contribuição para um debate. 2ª ed. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979, 296 p.

31. HEBERMAS, H. Concepto de participación politica. In: **CAPITAL monopolista y sociedad autoritária**. La involucion autoritaria en la R.F.A. libras de confrontación Sociológica, 2. Barcelona, Fontanella, 1973. p. 17-61.

32. KOWARICK, L. **Estratégia do Planejamento social no Brasil**. (Cadernos CEBRAP, 2). São Paulo, 1976.

33. LISITSIN, Y. **La sanidad en la URSS**. Editorial Progreso, Moscú, s.d.

34. MARSHALL. T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1967 p. 57-220.

35. MORTALIDADE nas Capitais Brasileiras 1939 – 1980. **RADIS. Dados**, Rio de Janeiro, 2(7) : 1-8, ago. 1984.

36. NAVARRO, V. Classe social, poder político e o Estado e suas implicações na medicina. In: **Textos de Apoio. Ciências Sociais**, 1. PEC/ENSP. ABRASCO. Rio de Janeiro 1983, p. 81-161.

37. ——— Selected Myths Guiding the Reagan Administration's Health Policies. **J. Pub. Hlth. Pol**, March, 1984, p. 65-73.

38 ——— A critique of the ideological and political position of the Brandt Report and The Alma-Ata Declaration. **Int. J. Hlth Serv**, 14(2) : 159-172, 1984.

39 ——— The crisis of the international capitalist under and implications in the welfare state. **Int. J. Health Serv**. 12(1) : 185, 1982.

40. OFFE, C. **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, 1984, p. 10-53.

41. OMS/UNICEF. **Cuidados primários de Saúde**. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma – Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. UNICEF, Brasília, 1979.

42. OLIVEIRA, F. de. Da paixão de Poulantzas. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo. 1(2) : 7-11, 1982.

43 ——— Além da transição, aquém da imaginação. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo. 12: 2-15, 1985.

44 ——— Crise econômica – pacto social. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo. 13: 3-13, 1985.

45. OPS. Centro Panamericano de Planificación de la Salud. **Formulación de Políticas de Salud**. Santiago, 1975.

46. PAIM, J. S. As ambigüidades da noção de necessidades de saúde. **Planejamento. Salvador**, 8(1/2): 39-46, 1980.

47 ——— A crise do planejamento autoritário em saúde. **Rev. Assoc. Psiq. da Bahia** 4: 56-61, 1981.

48 ——— A dupla face da proposta "Saúde para Todos". **Indicadores Sociais**. Salvador, 6: 33-46, 1982.

49. ——— . As políticas de saúde e a conjuntura atual. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro 15/16:8-15. 1984.

50. ——— . Ações Integradas de Saúde (AIS): por que não dois passos atrás. Trabalho apresentado no III Congresso Médico-Social da Bahia, Salvador 18-22 de novembro 1985, 22 p. (mimeo).

51. PIRES, W. **Novas diretrizes do Ministério da Previdência e Assistência Social e o Papel das Ações Integradas de Saúde (AIS)**. Discurso proferido na reunião do CONASS em Curitiba, 9.5.85, 14 p. (mimeo).

52. PLAN de ación para aplicar la estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. Genebra, Organización Mundial de la salud, 1982. (Salud para Todos, 7).

53. PLANO BEVERIDGE. Tradução de Almir de Andrade. (Edição integral conforme o texto oficial publicado pelo Governo Britânico). Rio de Janeiro, José Olympio, 1943; 458 p.

54. PMDB. Diretório Central de São Paulo – Grupo Saúde. Diretrizes básicas para o setor saúde no Governo Democrático. **Saúde em Debate**, Belo Horizonte 17: 18-20, 1985.

55. PMDB. Grupo de Trabalho Parlamentar Saúde. Brasília. A Nova República e o Setor Saúde: propostas. **Saúde em Debate**. Belo Horizonte, 17: 42-48, 1985.

56. POULANTZAS, N. **O Estado, o Poder e o Socialismo** Graal. Rio de Janeiro. 1980, 307 p.

57. ROEMER, M. I. Practica de la medicina privada: um obstáculo en el caminho de la salud para todos. **Foro Mundial de la Salud** 5(3): 227-244, 1984.

58. ROSEN, G. **Da Polícia Médica à Medicina Social.** Graal, Rio de Janeiro, 1980 p. 77-141, 213-242.

59. TEIXEIRA, S. M. F. **Reorientação da assistência médica previdenciária: um passo adiante ou dois atrás?** Rio de Janeiro, EBAP/FGV, agosto 1984, 15 p. (mimeo).

60. ——— .**Política Social em crise na América Latina**. Trabalho apresentado no III Seminário Latino-americano de Medicina Social Ouro Preto, nov. 1984, 56 p. (mimeo).

61. TOWNSEND, P.; DAVIDSON, N. **Inequalities in health**. The Black Report. England, Penguin Books, 1982. 240 p.

62. WOODWARD, R. S. Atención medica en Brasil durante un periodo de recesión económica. **Bol. Of. Sanit. Pan,** Washington, 98 (2): 107-116, 1985.

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA CIDADANIA

JOSÉ GERALDO DE SOUSA JÜNIOR
Assessor Jurídico da Fundação Universidade de Brasília

Segundo a abordagem clássica de Marshall, o desenvolvimento da cidadania até o fim do século XIX pode ser compreendido numa análise mais histórica do que lógica, por meio de três elementos que lhe seriam constitutivos: o civil, o político e o social.

O elemento civil seria composto, nas palavras de Marshall, dos direitos necessários à liberdade individual, liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de concluir contratos válidos e o direito à justiça, este último peculiarmente caracterizado pela sua condição de direito assegurador e afirmador dos demais. Por elemento político, prossegue Marshall, pode entender-se o direito de participar no exercício do poder político, como um membro de um organismo investido da autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo. E, como elemento social, a referência a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade.

Reconhece Marshall, a partir de um esforço de revisão histórica, especialmente da Inglaterra, pano de fundo dessa sua análise, que, embora a construção de uma cidadania genuína e igual decorresse de uma evolução que contrastasse o **status** como medida de desigualdade com a especificação de direitos e deveres de conteúdo universal, todo esse processo combinou os respectivos elementos num sistema político fundado numa estrutura de desigualdade social, combinando o reconhecimento dos direitos correspondentes e as possibilidades em que podiam ser usufruídas, na prática, na forma de uma cidadania regulada.

A cidadania é regulada no sentido de que o espaço público que a atividade política geralmente instaura, na sociedade, circunscreve, por meio de estratégias diversificadas de dominação, o processo de identificação social de setores dentro da comunidade, para limitar-lhes o reconhecimento de direitos ou para simplesmente excluí-los.

Assim, sob a noção de público da democracia ateniense, equivalente de uma prática coletiva de cidadãos que expressam uma ação política orientada por valores reconhecidamente próprios de todos, é negada a realidade de uma estrutura escravocrata como impossibilidade de acesso à plena cidadania.

Nem faltou a representação fundada em estratégia de dominação, que permitisse a Aristóteles, armado da materialidade de seu mundo, elaborar uma hermenêutica justificadora do lugar e do tempo de sua classe, por meio de uma explicação da divi-

são dos homens em seres livres e escravos, de modo que o senhor pudesse atribuir ao escravo a sua servidão como utilidade e justiça decorrente da natureza das coisas.

Por isso João Mangabeira, numa extrapolação crítica de esgotamento da fórmula individualista, denuncia a representação formal do enunciado da justiça, contida na proposição romana do "dar a cada um o que é seu": "Aplicada em toda a sua inteireza – diz ele – a velha norma é o símbolo da descaridade, num mundo de espoliadores e espoliados. Porque se a justiça consiste em dar a cada um o que é seu, dê-se ao pobre a pobreza, ao miserável a miséria e ao desgraçado a desgraça, que isso é que é deles. Nem era senão por isso que ao escravo se dava a escravidão, que era o seu, no sistema de produção em que aquela fórmula se criou".

A recusa à identidade social por meio de mecanismos de destituição de direitos de cidadania ou de discriminação segundo estereótipos de criminalidade segue a mesma lógica de negação de papel político ou autonomia para grupos sociais no espaço público que a política instaura.

É desse modo que se elaboram artifícios de tutela, no sentido que o direito romano dava ao conceito de plebe: aqueles desprovidos de cidadania e que se fazem representar por meio de outros (cidadãos), encarregados de apresentar e defender direitos na cena pública, ou no sentido da desclassificação sugerida por Benjamin Constant, em passagem que Marilena Chauí anotou a propósito deste tema: "Os direitos dos cidadãos são a liberdade individual, a liberdade religiosa, a liberdade de opinião, o usufruto da propriedad e, a garantia contra toda arbitrariedade (...). Em nossas sociedades atuais, o nascimento no país e a maturidade da idade não são suficientes para conferir e todos os homens as qualidades próprias ao exercício da cidadania. Aqueles que a pobreza retém numa eterna dependência e que condena a trabalhos cotidianos não são pessoas esclarecidas, conhecem os negócios públicos tanto quanto uma criança. Não sabem pensar. E têm tanto interesse na prosperidade nacional quanto os estrangeiros, pois não conhecem os elementos fundamentais da economia nacional e só indiretamente participam de suas vantagens. Não quero ser injusto com as classes laboriosas. Não são menos patriotas do que as outras. São capazes de atos de heroísmo e de devotamento tanto mais quando se sabe que não são recompensadas nem pela fortuna nem pela glória. Mas o patriotismo, que dá coragem para morrer pelo seu país, é uma coisa, e coisa bem diferente é ser capaz de conhecer os seus próprios interesses. Assim, a condição para ser um cidadão politicamente reconhecido é o lazer, indispensável para a aquisição das luzes e a retidão do julgamento. Somente a propriedade assegura o lazer e, portanto, somente a propriedade torna os homens capazes de direitos políticos".

A compreensão das relações atuais entre a sociedade civil e o Estado tem acentuada a contradição reelaborada entre o homem, membro imaginário da sociedade política, e o homem imerso no plano da realidade, onde se concretiza a sua vida material, em exercício de cidadania. O Estado, como pretensão mediadora "entre o homem e sua liberdade", permanece ainda o "subterfúgio" regulador dos conflitos oriundos da diversificação de grupos de interesses e da heterogeneidade de situações que a sociedade em expansão faz eclodir. A prática constituinte tem sido a arena da agudização dos vínculos entre o homem e a sua cidadania e o espaço relevante para a experiência da sua regulação.

Se o caso brasileiro pode prestar-se à ilustração, as quatro constituintes que tivemos dão uma amostra da definição da cidadania, utilizando-se o critério da representação. Na prática, diz Marília Garcia, "era cidadão quem tinha o direito de votar nos seus deputados à Constituinte. E o sistema eleitoral adotado para isso, copiado do sis-

tema português, restringia bastante esse direito".

Referindo-se a Constituinte de 1823, diz ela: "A eleição era indireta, feita através de quatro escrutínios: as freguesias elegiam os seus eleitores compromissários; os compromissários escolhiam os eleitos paroquiais; os eleitos paroquiais escolhiam os eleitores da comarca que finalmente compareciam à capital da província para escolher os seus deputados. Acontece que nos dois primeiros escrutínios o voto não era secreto e, a partir do segundo, que escolhia os eleitos paroquiais, o voto era censitário. Isto significa que, para ser eleito paroquial – o eleitor de comarca e deputado – era necessário dispor de uma renda acima de certa faixa. O Brasil já começou excluindo a participação popular. Não desfrutavam das liberdades políticas os brancos pobres e a massa da população negra, escrava, cuja participação não era admitida nem em hipótese. A escravidão era um dos pilares da economia brasileira da época e os liberais que fizeram a independência não eram tão liberais assim... Por esse sistema, foi escolhida uma Constituinte composta de cem cidadãos "instruídos e capazes" – parecidos com aqueles "de talento" da Revolução Francesa – em sua maioria, proprietários e comerciantes".

Da República Velha à Nova que aí está, ampliou-se o limite regulado da cidadania, pelo critério que está sendo considerado, mantendo-se, desde 1891, a vedação ao voto de menores de 21 anos, até 1946; ás mulheres, até 1934; aos mendigos e aos analfabetos, até 1986; aos soldados, até agora.

Eliminou-se o sistema censitário. Já não se exige, como o fazia a Constituição de 1891, para ser senador, "rendimento anual por bens, indústria, comércio ou empregos, de oitocentos mil réis". Entretanto, se se crê nos jornais, que renda será necessária hoje para suportar os custos de uma campanha? A regulação da cidadania, que não se concretiza formalmente pela lei, opera-se, na realidade, pelas determinações efetivas das relações econômicas.

Até aqui tracei um quadro em que a cidadania, no dizer de Marshall, se expressa por um elemento, ou seja, "o impacto de uma noção em rápido desenvolvimento, o dos direitos da cidadania sobre a estrutura da desigualdade social", especificando os seus limites de regulação.

Essa aproximação, entretanto, não obscurece a abordagem que permite conceber as perspectivas de manifestação de identidade social, por meio de mecanismos de auto-reconhecimento de grupos sociais subalternos ou de classes dotadas de capacidade de autonomia e de organização ativa no campo das lutas políticas.

A possibilidade de reconhecimento da própria força como força social não separada de si e concretizável sob a forma de poder político repõe a noção de cidadania, revigorada por um significado liberatório, originado das lutas históricas pela emancipação social do homem, "como direito à igualdade de expressão de interesses na esfera pública, como direito à expressão da identidade, como promessa de representação no poder e, sobretudo, como exclusão do privilégio", conforme observa Maria Célia Paoli.

"A ação coletiva – acrescenta esta autora – tem o desafio de fazer emergir um sujeito coletivo atuante na história e capaz de ser projetado na sociedade global, ao lado de outros. E isto é questão de formulação ideológica e de luta autônoma, o que quer dizer: o direito a contestar as regras normativas do Estado que incide sobre pessoas e grupos sociais diversos; o direito à transformação da esfera pública controlada pelo poder central de modo a permitir a crítica e a formulação de um projeto alternativo para si e para a sociedade; e também o direito à garantia de diversidade por uma ordem jurídica democrática".

Procede desse contexto a formulação alternativa que João Mangabeira localiza contemporaneamente ao enunciado do

"dar a cada um o que é seu", a objeção, inclusive ideológica, organizadora de uma prática de mundo que já se desenvolvia numa formulação antagônica como conteúdo de máximas de Justiça: "a regra da justiça deve ser: a cada qual segundo o seu trabalho", como resulta da sentença de São Paulo na carta aos Tessalonicenses, enquanto não se atinge o príncipio de "a cada um segundo a sua necessidade" (Atos 4, 35).

Há necessidade, portanto, de atualizar a noção de cidadania para a configuração do quadro jurídico que lhe conforme o trânsito conceitual no plano de sua relevância político-jurídica. Trata-se de verificar o "lugar" que cada classe ou grupo ocupa na estrutura econômico-social, para definir a dimensão relevante de suas reivindicações por novos direitos e por espaços de efetiva participação.

É esse sentido histórico que caracteriza toda emancipação humana, como processo de organização das forças sociais sob forma de força política. Na verdade, de acordo com o que acentua Roberto Lyra Filho, um processo de articulação dos princípios básicos da justiça social atualizada, segundo padrões de reorganização da liberdade, e que se desenvolvem nas lutas sociais do homem, como modelo atualizado de organização social da liberdade.

A cidadania expressa nestes termos é a condição constitutiva do que Maria Célia Paoli chama de “espaço civil”: algo que "se situa a meio caminho do domínio compreendido pela noção de cidadania no sentido estrito – a igualdade jurídica de cada indivíduo perante a lei na defesa de seus direitos e no cumprimento de suas obrigações – e a ação política propriamente dita, enquanto estratégias organizadas de reivindicações coletivas. Situa-se no terreno do reconhecimento da legitimidade das experiências coletivas, ou seja: que o conjunto de experiências comuns a grupos sociais diversos, vividas no seio da dimensão privada, possa se expressar na esfera pública de modo autônomo e organizado. A existência de um espaço civil implica a legitimação das regras culturais que organizam a reprodução da vida cotidiana, aquilo que os antropólogos chamaram de “cultura popular” implica a apropriação, pelas pessoas a eles sujeitas, dos discursos normativos que Foucault chamou de “microfísica do poder”, o que traria a possibilidade de sua contestação; implica pessoas com uma condição subjetiva comum se apropriarem da esfera pública controlada normativamente pela autoridade e a transformarem, pelo debate, em crítica que se exerce contra o poder do Estado, aquilo que Habermas chamou de “espaço público”: a formação de uma opinião pública crítica. E implica, finalmente, a sua garantia pela ordem jurídica, de alguma forma tornando lícita a reivindicação coletiva da diversidade. A falta de um espaço civil constituído, que pudesse efetivamente mediar as relações entre Estado e sociedade, parece ter tido como efeito político mais importante que os conflitos cotidianos encontrem apenas duas saídas: a privatização e a repressão. Entre elas, as formas de violência se instalam: a violência das relações pessoais contidas na determinação histórica da sociedade encontra disciplinamento na violência legal da repressão política do Estado. Esta não é, certamente, uma situação apenas própria ao Brasil contemporâneo. Mas, nele, o importante é que passa por uma reavaliação estratégica: a diversidade passa a ser reivindicação enquanto domínios coletivos e se luta pelo seu reconhecimento no plano civil. Aí estão o debate, a publicidade, os movimentos sociais, a coletivizar espaços escondidos".

Numa abordagem que relaciona estes mesmos elementos e que identifica os componentes de conformismo e resistência, no âmbito da cultura popular no Brasil, Marilena Chauí situa três níveis simultâneos e diferentes de lutas para conquista da cidadania: "Em primeiro lugar, como exigência do estabelecimento de uma ordem legal de tipo democrático na qual os cidadãos

participam da vida política através dos partidos políticos, da voz e do voto, implicando uma diminuição do raio de ação do Poder Executivo em benefício do Poder Legislativo ou dos parlamentares. Nesse nível, a cidadania está referida ao direito de representação política, tanto como direito a ser representado como direito a ser representante.

Em segundo lugar, como exigência do estabelecimento de garantias individuais, sociais, econômicas, políticas e culturais, cujas linhas gerais definem o estado de direito onde vigorem pactos a serem conservados e respeitados e o direito à oposição. Neste nível, a ênfase recai sobretudo na defesa da independência e liberdade do Poder Judiciário, a cidadania estando referida aos direitos e liberdades civis.

Em terceiro lugar, como exigência do estabelecimento de um novo modelo econômico destinado à redistribuição mais justa da renda nacional, de tal modo que não só se desfaça a excessiva concentração da riqueza e seja modificada a política social do Estado, mas, sobretudo, na exigência de que as classes trabalhadoras possam defender seus interesses e direitos tanto através dos movimentos sociais, sindicais e de opinião pública, quanto pela participação direta nas decisões concernentes as condições de vida e de trabalho. Neste nível, a cidadania surge como emergência sócio-política dos trabalhadores (desde sempre excluídos de todas as práticas decisórias no Brasil) e como questão de justica social e econômica.

Assim, representação, liberdade e participação têm sido a tônica das reivindicações democráticas que ampliaram a questão da cidadania, fazendo-a passar do plano político institucional ao da sociedade como um todo. Quando se examina o largo espectro das lutas populares, nos últimos anos, pode-se observar que a novidade dessas lutas se localiza em dois registros principais. Por um lado, no registro político, a luta não é pela tomada do poder identificado com o poder do Estado, mas é luta pelo direito de se organizar politicamente e de participar das decisões, rompendo a verticalidade hierárquica do poder autoritário. Por outro lado, no registro social, observa-se que as lutas não se concentram apenas na defesa de certos direitos ou na sua conservação, mas são lutas para conquistar o próprio direito à cidadania e constituir-se como sujeito social, o que e particularmente visível nos movimentos populares e dos trabalhadores".

É interessante observar como esta autora repõe o esquema de Marshall, fixando o sentido libertário da cidadania na perspectiva da identificação social de um sujeito histórico emergente – o trabalhador –, emancipado e consciente de suas próprias forças.

O reconhecimento da própria força, como força social não separada de si, vale insistir, concretiza-se sob a forma de poder político e como projeto de organização popular de base.

Num momento constituinte que se instaura no Brasil sob a perspectiva de estabelecimento de novos paradigmas sociais, apresenta-se, pois, a oportunidade de abertura de novos espaços, inclusive ideológicos, a possibilidade de associação livre que assegure a ação de outras esferas políticas – não apenas institucionais – e de novos instrumentos políticos de participação.

O repensar das condições de estruturação da sociedade, na perspectiva de um desenvolvimento econômico, e seus reflexos nas questões da política e do poder podem conduzir à direção de cotidiano mais rico e menos opressivo nas instituições que lhe são correspondentes e para a reivenção da cidadania.

Vive-se, no Brasil, efetivamente, uma transição. Transição de onde, para onde e por que meios definirão as atitudes dos diferentes sujeitos sociais e os espaços civis que logrem abrir na sociedade para organizar a sua intervenção.

A armação, num documento constitucional, de uma estrutura de organização de poder e de direitos, resultará apenas num arcabouço formal se as forças sociais deixarem de responder consciente e mobilizadamente às indicações e referências de seu respectivo projeto histórico emergente, âmbito em que se localiza a possibilidade concreta de organização de um efetivo poder popular.

A esfera de poder das chamadas organizações populares de base, em arranjo constituinte, não materializa apenas uma experiência recente de organização dos movimentos sociais na direção de um papel determinante, ativo e soberano de seu próprio destino. No processo de busca de reconhecimento de suas formações contra-institucionais e contraculturais, as classes e grupos emergentes, por meio de novas formas organizativas, estabetecem novas quotas de libertação no conjunto da sociedade.

"A devolução, e, principalmente, a recuperação da legitimidade – de que trata Faoro –, que é concomitante ao processo de um caminho em favor da soberania popular, não se desenvolve no plano das abstrações, as matemáticas e as jurídicas. O valor que orienta esse trânsito está dentro da sociedade, com imediata e fundamental expressão política, vinculado a classes, camadas e demais forças".

"O valor inscrito na luta democrática – ele acrescenta – assume um papel universal, capaz de prevalecer a despeita das diferentes hegemonias políticas, sem obedecer ao aparelhamento ideológico de um grupo privilegiado. A pluralidade dos atores que conquistam o **status** de sujeitos políticos vale para a velha origem liberal, mas só encontra sua plena expressão na democracia. (Entende-se, sem entrar em maiores demonstrações, que liberalismo e democracia não significam a mesma coisa, podendo até ser contrapostos.) A democracia assenta sobre conquistas liberais e, para se afirmar e desenvolver, expande instituições que o liberalismo manteve atrofiadas, bem como cria novos direitos, particularmente os que reconhecem a voz de camadas excluídas e subordinadas. Partidos, sindicatos, órgãos de manifestação e representação supõem o alargamento das bases da sociedade, em termos reais e concretos. A luta pela legitimidade é, em conseqüência, uma luta social, que se coordena ao Poder Constituinte".

É dele, ainda, a conclusão pertinente: "O que está em causa não são conquistas isoláveis e controláveis, mas o reordenamento das oportunidades, com a incorporação de novas classes nas esferas representativas da política. Para realizar essa transformação é necessário ir além do poder constituído e buscar na legitimidade constituinte uma redistribuição de papéis e de forças. Para a escamoteação já é muito tarde, por mais que se cogite de canalizar institucionalmente o dissídio, falsificando-o com regras eleitorais que, mediante malabarismos geográficos, assegurem o simulacro da maioria dos votos. O problema está na raiz do próprio sistema eleitoral, na sua autenticidade a ser aferida de acordo com regras que só o povo, na sua soberania, definirá. O remédio que se aplique unicamente ao sintoma eleitoral e estritamente político agravará o mal em lugar de curá-lo. O movimento parte da sociedade no seu conjunto e não da sociedade no restrito quadro da classe política, com sua esclerosada habilidade".

É diante dessa perspectiva, em que a noção de democracia se conjuga com a de cidadania, que se esclarece o seu sentido de criação permanente, como ampliação de espaços de emergência de novas liberdades e de novos direitos. O processo que assim se dinamiza é mediador das transformações reais das relações de produção e instaura uma ordem econômica ajustada às prioridades sociais, possibilitando a definição de certos princípios fundamentais e meios para garantir, num momento constituinte, a participação organizada do povo, a concretização de seus direitos historicamente

atualizados, a liberdade e o pluralismo de expressão e de organização democráticas.

A cidadania, nessas condições, perde a condição de regulação escamoteadora e se torna plena.

A experiência recente da luta pela conquista dos direitos de cidadania, na perspectiva dos três níveis de atualização de seu princípio, traduz com efetiva clareza reivindicações específicas, que podem incorporar-se no texto de uma nova Constituição, articuladamente com seus princípios fundamentais, na estruturação dos direitos e liberdades básicos, como instrumentos afluentes de organização, participação na estrutura econômico-social e política da sociedade.

A par de direitos e liberdades básicos que já se tornaram patrimônio enraizado da humanidade e indissociáveis da compreensão geral de cidadania, que devem ser preservados e revestidos de garantia ativa para sua concretização, devemos conquistar:

- Direito de autodefesa democrática e da cidadania contra abusos e violações das liberdades, da vontade da maioria e das instituições da democracia.
- Aplicabilidade direta e vinculativa dos preceitos constitucionais sobre direitos liberdades e garantias.
- Controle de constitucionalidade por omissão de iniciativa regulamentar.
- Proibição de leis restritivas de direitos, liberdades e garantias relativamente ao alcance do conteúdo constitutivo dos preceitos constitucionais.
- Adoção da iniciativa popular e do referendo em matéria constitucional e de legislação ordinária.
- Adoção do mandato imperativo e revogável no sistema eleitoral de representação.
- Fortalecimento e ampliação dos mecanismos de proteção aos direitos: acesso coletivo aos tribunais, direitos de petição, representação, ações populares e de mandado de segurança; direito de fiscalização: procuradores do povo.
- Definição e reconhecimento de organizações populares de base, sindicais, de moradores, com acesso a informações e integrantes da estrutura de poder local.
- Definição de instrumentos de participação de organizações populares na fixação de diretrizes de planificação.
- Participação popular na administração da justiça: ampliação do sistema de júri para matérias civis e administrativas; criação de juízos, conselhos, tribunais populares e assessoria técnica para julgamento de questões determinadas (moradia, meio ambiente, consumo, etc.).
- Controle social da administração e da burocracia: extensão do princípio eletivo para provimento e destituição de cargos públicos.

REFERÊNCIAS

CHAUÍ, MARILENA. **Conformismo e Resistência**. São Paulo, Brasiliense, 1986.

FAORO, RAYMUNDO. **Assembléia Constituinte – A Legitimidade Recuperada**. São Paulo, Brasiliense, 1981.

GARCIA, MARÍLIA. **O Que é Constituinte?** São Paulo, Brasiliense, 1985.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro, Zahar, 1967.

PAOLI, MARIA CÉLIA et alii. **O Sentido Histórico da Noção de Cidadania no Brasil: Onde Ficam os Índios? In**: O Índio e a Cidadania. São Paulo, Brasiliense, 1983.
Violência e Espaço Civil, **In**: A Violência Brasileira Ed. Brasiliense, 1982.

LYRA FILHO, ROBERTO. **O Que É Direito?** São Paulo, Brasiliense, 1982.

ROSENFIELD, DENIS L. **A Questão da Democracia**. São Paulo, Brasiliense, 1984.

SOUSA JÚNIOR, JOSÉ GERALDO. **Para um Crítica da Eficácia do Direito**. Porto Alegre, Sérgio Antônio Falris Ed., 1984.

WEFFORT, FRANCISCO C. **Por que Democracia?** São Paulo, Brasiliense, 1984.

ZALUAR, ALBA. **A Máquina e a Revolta – As Organizações Populares e o Significado da Pobreza.** São Paulo, Brasiliense, 1985.

SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO

HÉLIO PEREIRA DIAS
Assistente Jurídico do Ministério da Saúde
e Assessor do Ministério da Saúde

1. INTRODUÇÃO

Se o âmbito político e jurídico condiciona os valores e as modalidades de transformação, uma adequada caracterização do mesmo poderá permitir aos técnicos envolvidos uma interação mais fecunda para melhor compreensão de uma determinada problemática, reflexões e encaminhamento de soluções consentâneas.

O tema que nos foi apresentado para abordar nesta oportunidade – SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO – pelo próprio enunciado está a indicar a transcendência do seu significado neste momento e, ao mesmo tempo, a sua complexidade.

Por isso mesmo, estou certo de que suscitará discussões sob vários ângulos.

Preliminarmente, é necessário que se estabeleça, conceitualmente, o que significa SAÚDE PARA TODOS. Recorro aqui à autorizada palavra do ilustre Diretor-Geral da Organização Mundial de Saúde, Dr. Halfdan Mahler, in Foro Mundial de la Salud, p. 5-25, 1981: "**A saúde para todos** significa que a saúde há de ser colocada ao alcance de cada indivíduo em um país determinado; por 'saúde' há de entender-se um estado pessoal de bem-estar, ou seja, não só a disponibilidade de serviços sanitários, como também um estado de saúde que permita a uma pessoa levar uma vida social e economicamente produtiva. "A saúde para todos" obriga a suprimir os obstáculos que se opõem à saúde (desnutrição, ignorância, água não potável e habitações não higiênicas), assim como resolver problemas puramente médicos, como de falta de médicos, de leitos hospitalares, de medicamentos e vacinas.

A saúde para todos significa que a saúde há de considerar-se como um objetivo do desenvolvimento econômico e não só como um dos meios de alcançar dito desenvolvimento.

A saúde para todos exige, em último sentido, a educação geral. Ao menos e ainda que esta última não seja uma realidade, exige uma mínima compreensão do que a saúde significa para o indivíduo.

A saúde para todos depende do progresso ininterrupto da assistência médica e da saúde pública. Os serviços sanitários devem ser acessíveis para todos mediante atenção primária de saúde, graças a qual se dispõe em cada localidade de atenção médica de base, apoiada por serviços de tratamento mais especializado. Ainda assim, as campanhas de imunização hão de assegurar cobertura total.

A saúde para todos é, por conseguinte, um conceito global cuja aplicação exige o emprego de esforços na agricultura, na indústria, no ensino, nas habitações e nas comunicações, tanto como na medicina e na

saúde pública. A assistência médica não pode, por si só, levar a saúde a uma população faminta que vive em favelas. Uma população sujeita a essas condições necessita de um modo de vida totalmente distinto e novas oportunidades de alcançar um nível mais elevado.

Quando um governo adota a **saúde para todos** se compromete a fomentar o progresso de todos os cidadãos em uma ampla frente de desenvolvimento e está resolvido a estimular a cada cidadão para conseguir uma melhor qualidade de vida. O ritmo que o progresso siga dependerá da vontade política".

2. SAÚDE, UM DIREITO DE TODOS

O problema da preservação da saúde dos habitantes implica, necessariamente, na adoção de um critério sobre a existência e a natureza dos direitos públicos daqueles, ou seja, sobre a noção de **direito subjetivo**, como se denomina doutrinariamente no campo da ciência jurídica.

Por outro lado, a questão se relaciona com os elementos que servem para caracterízar os **serviços públicos** ou que justificam a sua existência para satisfação de uma **necessidade pública**. A existência de uma necessidade, elevada ao caráter de pública, e satisfeita como função obrigatória pelo Estado, constitui o elemento fundamental do serviço público. E a preservação da saúde dos habitantes está incluída, indubitavelmente, no rol das necessidades públicas, posto que aquela como que constitui a riqueza potencial de um Estado.

Inobstante, a noção de direito subjetivo, no dizer de renomados mestres, é um dos pontos mais debatidos na doutrina jurídica universal, havendo tendências que afirmam e que negam a existência do mesmo.

Dentro da tendência afirmativa, há grande diversidade de critérios para caracterizar o direito subjetivo. Ora se sustenta que é um poder de vontade, conferido pelo ordenamento jurídico (Windscheid), ou que é um **interesse** juridicamente protegido (Ihering), ou que é um poder de vontade **protegido e reconhecido** pelo ordenamento jurídico e que tem por objeto um bem ou um interesse (Jellinek) ou, por último, que é o poder de pôr em movimento a ação perante a Justiça (Thon).

Dentro da tendência negativa, sustenta-se que o chamado direito subjetivo não é mais do que um fragmento do direito objetivo imputado a uma pessoa e que depois da imputação conserva as características do direito objetivo (Kelsen), ou, ainda, que se o indivíduo quer e pode uma coisa, não é em virtude de um pretendido direito subjetivo, senão em virtude da regra de direito, já que não é concebível, dentro da ciência positiva, que exista uma vontade que possa impor-se a outra (Duguit).

Todavia, impende considerar que a noção de direito subjetivo subsiste na legislação e que dentre as teorias que foram expostas, no entender de inúmeros doutrinadores, prepondera um novo conceito de direito subjetivo que parece escapar às críticas, qual seja o de que o direito subjetivo está constituído essencialmente por um poder de exigir uma prestação, poder este condicionado por três elementos: "1º) **Que haja para o sujeito passivo uma obrigação jurídica resultante de uma regra de direito;** 2º) **que essa obrigação haja sido estabelecida para dar satisfação a certos interesses individuais;** 3º) **que o sujeito ativo do direito seja precisamente titular de um desses interesses em atenção dos quais se tenha estabelecido a obrigação**" (Bonard. **Droit Administratif**, p. 32).

Marcelo Caetano, **in Princípios Fundamentais do Direito Administrativo**, 1ª Ed., 1977, **Rio de Janeiro**, p. 61, associando o direito subjetivo à personalidade, preleciona: "A personalidade em direito é sempre uma qualidade atribuída a um ser, seja um indivíduo humano, seja um centro artificialmente criado para a realização de

interesses socialmente protegidos. E, prossegue: "O direito subjetivo não é mais do que o poder conferido pela ordem jurídica a alguém para perseguir um seu interesse quando e como entenda conveniente. Os indivíduos psiquicamente sãos e chegados à maturidade têm possibilidade de se conduzir para realizar os seus interesses na vida social mediante o uso de sua vontade: por isso são pessoas – denominam-se pessoas físicas ou pessoas singulares. Mas, se o indivíduo for doente mental ou imaturo, nem por isso deixa de, como ser humano, possuir interesses dignos de proteção, embora não esteja em condições de formar uma vontade esclarecida e livre capaz de os realizar. Então, a técnica jurídica lançou mão de um processo de realização desses interesses, para não privar o menor e o demente da sua personalidade: outra pessoa porá a sua vontade a serviço de tais interesses, na qualidade de tutor ou curador".

Noutro sentido, é costume associar-se o direito à saúde à cidadania, o que, entretanto, não é pacífico, como veremos a seguir.

Conforme esclarece Themístocles Brandão Cavalcanti, **in Repertório Enciclopédico do Direito Brasileiro**. Rio de Janeiro, Ed. Borsoi, v. III: "No Brasil, a redação das diversas Constituições, desde a do Império, favoreceu a controvérsia, porque as de 1824 e 1891 confundiam explicitamente **cidadania e nacionalidade.** As de 1934, 1937 e 1946 eliminaram o vocábulo **cidadão** ao referir-se aos nacionais. Em outras palavras, as Constituições de 1824 e 1891 referiam-se aos **cidadãos brasileiros** ao enumerar os nacionais, enquanto que as demais somente mencionavam a qualidade de **brasileiros**.

Haroldo Valadão, no **Boletim da Sociedade Brasileira de Direito Internacional**, ano II, nº 3, p. 13, ensina: "O cidadão é o eleitor ativo, notando que a referência ao cidadão exige uma discriminação entre os que têm e os que não têm o direito de voto, como ocorreu com a Constituição do Império".

A Constituição vigente é omissa, mas o seu capítulo é da "nacionalidade e da cidadania" e nele se encontram em seqüência as condições da nacionalidade e dos direitos políticos. A elaboração do texto leva a concluir que pretende o legislador só atribuir a cidadania àqueles que pudessem exercer direitos políticos.

É ainda o emérito Prof. Themístocles Cavalcanti que assevera (op. cit.): "Estamos, entretanto, entre os que consideram cidadãos todos os brasileiros, com ou sem direito de voto. Esta será uma das qualidades do cidadão, mas não condição".

Dardeau de Carvalho (op. cit.) leciona também que: "Não há uniformidade doutrinária sobre o conceito de cidadania. Afirmam uns que cidadania é sinônimo de nacionalidade, ao passo que outros a consideram, não como sinônimo, mas como um atributo ou conseqüência da nacionalidade. Há quem sustente, ainda, que a cidadania – relacionada que está com a função política – é privativa dos nacionais natos, excluídos, portanto, os naturatizados". E prossegue: "Mas não é só na doutrina que se notam essas confusões e divergências. As legislações também não são uniformes no conceituar a cidadania, que é tomada, indiferentemente, numa das acepções apontadas". No direito dos Estados Unidos da América – como se verifica em JACOBSEN e LIPMAN – nacionalidade e cidadania são expressões equivalentes, porque, para esses autores, 'citizenship may be based on place of birth (jus soli) or on nationality of the parents (jus sanguinis), the two principale which are recognized in international law'. Mais adiante, afirmam que a cidadania 'does not necessarily carry with it the right of suffrage. Many citizens are excluded for a variety of reasons'. Este conceito, aliás, resulta da própria Constituição dos Estados Unidos (United States Constitutional Amendment, XIV), que declara: 'All persons born or naturalized on

the United States and subject to the jurisdiction thereof are citizens of the United States'.

O vocábulo **cidadão**, evidentemente, tem aí o mesmo valor que **nacional**, como se depreende, também, do comentário de BLACK que, ao examinar a emenda XIV supracitada, afirma: 'We have said that citizenship does not necessarily include the right of voting. This is apparent from the language of the fourteenth amendment, which does not declare that all adult males are citizens, but that all persons born or naturalized in the United States, and subject to the jurisdiction thereof, are citizens of the United States. It follows from this that females and minors are equally citizens of the United States, if they fullfil the conditions as to birth or naturalization, as are those invested with suffrage'.

O direito norte-americano, portanto, não distingue entre nacionalidade e cidadania, mas, na verdade, a distinção entre as duas expressões, – que não designam mais do que dois momentos de um mesmo fenômeno –, é meramente convencional e, por isso, depende do critério adotado nos diferentes países, que nem sempre observam na prática a distinção doutrinária por muitos admitida.

É esse, sem dúvida, o caso do Brasil, cuja legislação jamais refletiu, de maneira expressa e positiva, a opinião de muitos de nossos tratadistas, que reservam a expressão cidadania para designar uma faculdade específica do nacional: a faculdade de gozar e exercer direitos políticos".

Guilhermo Guerra, por sua vez, afirma que "A cidadania é o conjunto de condições que o direito político de um Estado estabelece para que as pessoas naturais possam exercer, dentro dele, os direitos políticos. A nacionalidade habilita as pessoas naturais a adquirir a cidadania quando logrem preencher as demais condições necessárias a tal fim; pode, porém, acontecer que haja nacionais que jamais cheguem a adquirir a cidadania, por vontade própria ou por efeito da lei...

A cidadania, como é fácil de compreender-se, não se confunde com determinada classe de direitos, **não havendo, também, direitos inerentes à cidadania**, que é apenas um desdobramento dos poderes de ação que derivam da condição de nacional. É, como dissemos, apenas uma faculdade do nacional, pois só o nacional pode ser cidadão".

Essa é a regra geral, também observada no Brasil, onde a qualidade de brasileiro é indispensável para a aquisição da cidadania, ou melhor, para a aquisição dos direitos políticos. "A nacionalidade", dizia PIMENTA BUENO, "é a base ou primeira e essencial condição a que se devem reunir as demais habilitações precisas, mas sem a qual nem destas se trataria".

CARLOS MAXIMILIANO também endossa a mesma opinião. São palavras desse conceituado mestre: "A idéia de direitos potíticos é inseparável da de nacionalidade, visto pertencerem aqueles unicamente aos cidadãos, embora entre estes ainda se faça distinção de idade e capacidade. Nem todos os brasileiros gozam de direitos políticos; entretanto, para adquirir aqueles direitos, é indispensável ser brasileiro nato ou naturalizado (...) Por isso mesmo que a sociedade política ou massa dos cidadãos ativos não é senão a soma dos nacionais que reúnem a capacidade e as habilitações exigidas pelo estatuto supremo, constituindo a nacionalidade a condição primeira e essencial para o gozo dos direitos politicos".

Não há dúvida de que pode haver estrangeiros com direitos políticos, mas essa concessão, encontrada em algumas legislações tanto antigas como modernas, constitui simples exceção, que apenas confirma a regra geral que os impede de tomar parte ativa na vida política do Estado. Afirma PONTES DE MIRANDA: "Se é certo que alguns Estados conferem direitos

políticos aos estrangeiros, a regra é de não os terem os que não são nacionais".

É de acrescentar ainda que essa participação quase sempre importa na aquisição automática da nacionalidade, como acontece, por exemplo, na Alemanha. A Áustria, a Guatemala e outros países têm idêntico procedimento, isto em se tratando apenas do exercício de cargos públicos que, na Inglaterra, só podem ser ocupados pelo inglês nato (natural born british).

Se no Brasil pudesse haver dúvidas a respeito, bastaria, para dirimi-la, a leitura do art. 38, da Lei nº 818, de 18 de setembro de 1949, que considera “direitos políticos aqueles que a Constituição e as leis atribuem a brasileiros, precipuamente o de votar e ser votado".

Mas, se a cidadania pressupõe a nacionalidade, como se conclui do texto transcrito, a nacionalidade não supõe a cidadania, porque nacionais há que podem ficar privados dos direitos políticos, desde que ocorram as causas de suspensão ou de perda a que se referem, respectivamente, os §§ 1º e 2º do art. 135 da Constituição, que analisaremos adiante.

Diante dessas premissas doutrinárias, é lícito concluir que, embora o bem juridicamente protegido pelo Estado seja a vida humana, a saúde dos habitantes deveria constituir, também, matéria de tutela estatal como direito subjetivo daqueles que seriam seus legítimos titulares.

No caso do Brasil, o direito à vida se inclui dentre os marcos de garantias individuais que foram consagradas em nossa atual Constituição, mas não a saúde, de maneira explícita, como veremos a seguir e seria desejável, a menos que se pudesse entender esta última como uma conseqüência daquela primeira.

A elaboração do processo legislativo futuro a nível constitucional ou ordinário pressupõe, portanto, nos dias atuais, ampla visão dos administradores e legisladores para avaliar o conteúdo das proposições e dos conseqüentes reflexos que terão no mundo jurídico.

A garantia dos direitos subjetivos das pessoas às prestações de serviços de saúde pelo Estado deverão, por conseguinte, ser dispostas em normas bastante abrangentes, claras e eficazes, de modo a evitar perplexidades que o Direito repele. A motivação das mesmas parece que está suficientemente clara para todos aqueles que militam no setor.

Outro ponto importante é o estudo das garantias instituídas para assegurar o cumprimento das leis e o respeito dos direitos subjetivos e dos interesses legítimos dos administrados, este último uma disposição evidente do Estado de direito.

Aqui, a organização da garantia dos direitos e interesses legítimos dos administrados é, inquestionavelmente, ponto essencial. Sem ela não existem relações jurídicas, porque não haverá possibilidade de compelir a administração a cumprir os deveres assumidos segundo a lei.

O interesse público a perseguir, os órgãos e agentes incumbidos de agir, os poderes funcionais de que uns e outros lançam mão para o efeito, o tipo de relação que se estabelece entre o usuário e o Estado ou entre este e o particular em matéria de serviços de saúde e, ainda, em maior ou menor escala, as formas de agir e os meios de ação a adotar – tudo são aspectos que à lei cabe definir e regular em termos que a administração deve respeitar.

E, porque o interesse coletivo exige respeito às leis em vigor, pela administração, mesmo que a atuação desta não entre em conflito com as situações subjetivas dos particulares, não basta que existam e funcionem garantias da legalidade, entendidas estas como todos os meios criados pela ordem jurídica com a finalidade imediata de prevenir ou remediar as violações do direito objetivo vigente (garantias de legalidade) ou as ofensas dos direitos subjetivos ou interesses legítimos dos particulares (garantias dos administrados).

Tais garantias contra as atuações indevidas da administração pública podem ser classificadas, quanto à natureza dos órgãos e processos usados, em **garantias políticas, garantias administrativas e garantias judiciais**.

As chamadas garantias políticas são as que resultam do funcionamento dos órgãos supremos do Estado ou do exercício dos direitos individuais consagrados na Constituição, sem utilizar os meios administrativos ou judiciais.

No primeiro grupo de garantias políticas da legalidade na administração e dos direitos dos administrados, se encontram a fiscalização do executivo pelo legislativo e a obrigação do primeiro de justificar-se publicamente, bem como no direito da oposição criticar as possíveis omissões ou atos do governo.

No segundo grupo de garantias políticas se incluem as que são conseqüência do comportamento individual permitidos constitucionalmente, como os direitos de representação e de petição aos poderes públicos em defesa de direito ou contra abusos das autoridades, a liberdade de manifestação de pensamento, de reunião e de associação para fins lícitos.

Deste modo, o cidadão poderia chamar a atenção dos poderes públicos para alguma ilegalidade mediante representação, ou solicitar que a ofensa dos seus direitos fosse reparada, formulando petição.

Nas garantias administrativas classificam-se todos os meios de defesa da legalidade e dos direitos individuais proporcionados mediante a utilização de órgãos da administração pública.

Finalmente, temos as garantias judiciais, que são resultantes da faculdade de defender nos tribunais a legalidade e os direitos ameaçados ou ofendidos.

3. SAÚDE, UM DEVER DO ESTADO

É curial que, no âmbito dos agregados sociais, além das necessidades individuais, cuja satisfação está ao alcance de cada um, por esforço próprio, encontramos outros dois tipos de necessidade: a comum e a coletiva.

Interessa particularmente a este trabalho, pela sua relação com o tema, a conceituação de necessidade coletiva.

Conceituada correntemente como uma média de anseios e aspirações de um grande agregado social, é certo que em alguns casos ela está relacionada com as próprias condições essenciais de sobrevivência desse agregado, tais como a defesa contra o ataque vindo do exterior, a segurança interna, a ordem jurídica e, insofismavelmente, **a proteção da saúde**, e outras. Trata-se, portanto, de necessidades que reclamam imperativamente a satisfação e que, quando não atendidas, poderão acarretar até o perecimento do grupo, seja sob o aspecto demográfico, seja sob o econômico, seja ainda como entidade política soberana. Acontece, porém, que os meios de satisfação das necessidades coletivas transcendem de muito as possibilidades ao alcance de qualquer indivíduo ou mesmo de qualquer economia associativa de caráter voluntário. Só um ente especial, dotado de poderes adequados, com capacidade de ação muito mais ampla, torna-se capaz de promover aquela satisfação. Sendo as necessidades coletivas tão velhas quanto a própria existência de grupos demográficos nacionais, os homens, com o decorrer dos séculos, ajudados por uma experiência e um aperfeiçoamento milenares, chegam à criação desse ente especial, cujas funções e poderes se desenvolvem no sentido de uma homogeneidade primitiva indefinida para uma heterogeneidade, ulterior e definida, tendo por finalidade precípua o atendimento das necessidades da coletividade. Esse ente especial não é outro senão o próprio Estado, cuja existência, portanto, em larga medida, é explicada e justificada face às necessidades coletivas mencionadas.

Noutro sentido, considerando-se o fato de serem muitas das necessidades dos agre-

gados sociais nacionais imperativamente exigentes quanto à sua satisfação, sob pena de ficar todo aquele exposto à graves riscos ou padecimentos, torna-se claro que o Estado, responsável por essa satisfação, tem de ser dotado de poderes que o habilitem ao cumprimento da sua missão. Por isso mesmo, o Estado apresenta-se, no dizer de Theotonio Monteiro de Barros Filho, cujos ensinamentos estamos aqui a respigar, como uma economia associativa coercitiva, à qual os membros do agregado social não são livres de pertencer, ou deixar de pertencer, ficando a ela vinculados, obrigatoriamente, para a realização dos fins comuns.

A satisfação das necessidades coletivas é realizada através de atividades específicas, desenvolvidas pelo Estado, sob o nome de "serviços públicos" que, na prática, se traduzem em prestações de utilidades materiais e imateriais. O conjunto dessas atividades toma o nome de “atividades estatais", cuja conceituação e limites variam conforme os princípios econômicos e jurídico-políticos informativos da estrutura constitucional.

Na atualidade, não há como negar que a preservação da saúde coletiva constitui objetivo fundamental dos Estados contemporâneos, como um dever, proporcionando serviços públicos aptos àquele fim.

4. A SAÚDE NAS CONSTITUIÇÕES

A esta altura, considero oportuno uma ligeira digressão sobre os aspectos de direito constitucional que envolvem o nosso tema e uma visão do quadro atual em nosso país.

A Constituição é a lei fundamental escrita do Estado, a base de todas as demais leis. Dada a sua supremacia hierárquica, todas as demais leis devem estar de acordo com a Constituição. Além disso, caracteriza-se por uma certa imutabilidade relativa. As constituições, em períodos políticos normais, são elaboradas por um órgão que é tecnicamente chamado poder constituinte.

O poder constituinte geralmente é entendido como o órgão que tem competência de elaborar ou reformar uma constituição.

A primeira competência, de criar originariamente uma Constituição, é chamada de poder constituinte originário, e a segunda competência, de reformar, emendar ou revisar, é o poder constituinte derivado.

Porque as normas constitucionais possuem uma eficácia superior às demais normas jurídicas; porque nenhuma norma pode ir de encontro ao espírito e nem à letra da Constituição, daí a importância de nela serem inscritos os principais direitos do cidadão.

O Estado, visto como uma experiência social, vem-se modificando nas suas técnicas de relacionamento com a sociedade. O Estado do século XIX era chamado demoliberal, que se desvinculava da solução de problemas econômico-sociais.

Nas Constituições modernas surge, porém, um título novo, chamado "Da ordem Econômica e Social", onde é inserido tudo aquilo que se divisa do conteúdo sócio-econômico.

No Brasil, basta comparar as duas Constituições, a de 1891 e a de 1934. Na de 1891, não havia nenhum dispositivo referente à ordem econômica e social, nenhuma competência, em nível constitucional, ao Estado, para legislar sobre direito do trabalho, o que só ocorreu, a partir de 1934, com dispositivos novos sobre reforma agrária, sindicalismo, direito de greve, direito do trabalho, que suavizaram o liberalismo exagerado em proveito de uma democracia social.

Essa linha política, de que se impregnaram as Constituições do Brasil de 1934 em diante, demarca nitidamente a separação do Estado liberal para a democracia social. Em outros países, o avanço foi mais dissolvente do clássico liberalismo. O Ocidente preferiu técnicas mais avançadas e suas Constituições admitiram uma série de medidas que deram maior sentido ao já aludido conteúdo social.

A atual Constituição do Brasil repete, em um dos seus títulos, o texto já antes condensado nas anteriores que se seguiram a de 1934. Ali se declara que o Estado brasileiro tem, nesse particular, a finalidade de permitir a livre iniciativa, dar uma função social à propriedade, etc.

A técnica legislativa, até hoje empregada, calcada, basicamente, nas conquistas do direito social do trabalhador, fizeram com que o legislador constitucional, até hoje, no Brasil, não tivesse garantido a saúde ou as prestações de serviços de saúde, em todos os níveis, como um direito de todo cidadão, independentemente de sua vinculação à legislação previdenciária ou trabalhista, e em título próprio, como o faz com a educação e cultura.

Tal tendência possui raízes históricas, dentro da ordem comunitária internacional, embora textos de características diversas possam ser invocados como repositórios de grande enunciados de direitos fundamentais concernentes à saúde, dentre eles a Declaração Universal dos Direitos do Homem, aprovada em 10 de dezembro de 1948, pela Assembléia Geral das Nações Unidas; a Convenção Européia de Salvaguarda dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais, Roma, 4 de novembro de 1950, art. 2-1; a Convenção Pan-Americana de Direitos do Homem, art. 4; o Pacto Internacional Relativo a Direitos Civis e Políticos, Assembléia Geral, 16 de dezembro de 1966, art. 6-1.

O direito à saúde recebeu, por sua vez, uma formulação célebre com o preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde, assinada em 22 de julho de 1946. Este texto indica que a posse de um melhor estado de saúde constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano, indepentemente de sua raça, de sua religião, de sua opinião política e da sua condição econômica e social. O mesmo direito está consagrado em termos pouco diferentes pelo Pacto Internacional Relativo aos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Assembléia Geral das Nações Unidas, 16 de dezembro de 1966 art. 12; pela Carta Social Européia, art. 11; pela Convenção Internacional Sobre Todas as Formas de Discriminação Racial Assembléia Geral, 21 de dezembro de 1965, art. 5 etc.

Não obstante, o direito à saúde não está plenamente assegurado em tais atos internacionais a todos os indivíduos. Os textos internacionais não proclamam a existência de um direito absoluto do indivíduo à cobertura das despesas, a não ser quando carentes e sem meios de provê-los. Neles se encontram afirmações de direitos de assistência médica à pessoa sem recursos suficientes (Carta Social Européia, art. 13); a indicação de um direito à seguridade social, inclusive em matéria de doença (Declaração Universal, arts. 22 a 25), e o direito a nível de vida suficiente em matéria de saúde (ibidem, v. também Carta Social Européia, art. 12). Esses textos, completados por diversas convenções da Organização Internacional do Trabalho (notadamente a Convenção nº 102, sobre as normas mínimas de segurança social) impõem aos Estados a organização de um sistema de seguro contra a doença, deixando claro àqueles a liberdade necessária para determinar suas modalidades.

A par disso, um estudo da legislação comparada dos diversos países revela que várias são as formas de expressão utilizadas pelos legisladores nos diferentes textos constitucionais.

A maioria menciona o tema "saúde" de maneira direta e específica, outros o fazem indiretamente, incluindo-o, entre outros temas, como seguridade social ou direito do trabalho, ora se referindo à saúde do indivíduo, ora à saúde da população ou a um grupo desta.

Nas cartas políticas dos países andinos, por exemplo, conforme documento de trabalho produzido pela OPAS, no Seminário sobre Legislação de Saúde dos Países do Pacto Andino, Lima, Peru, 1974, são utili-

zadas palavras e expressões as mais variadas, referindo-se aos mesmos objetos conceituados.

Existe uma mudança de linguagem e o uso alternado dos vocábulos: saúde, saúde pública, salubridade pública, sanidade, o que demonstra uma falta de consenso quanto à definição, equivalência e âmbito de referência dos termos reputados técnicos.

Tais preceitos, podem ser agrupados como segue:

a) os que declaram, reconhecem ou incluem a saúde individual ou o direito a sua proteção, conservação e recuperação, ou certos direitos particulares vinculados, como garantia ou direito fundamental do indivíduo;

b) os que declaram ou incluem a saúde, sua proteção, conservação e recuperação, como direito social ou assunto de ordem pública ou de interesse comum;

c) os que asseguram poderes normativos e imperativos em matéria de saúde, complementados por aqueles que permitem a restrição ou suspensão de algumas garantias ou direitos fundamentais individuais, em relação à saúde ou segurança pública;

d) os que se referem à organização da função ou do serviço público de saúde, reconhecendo ou assinalando, em alguns casos, órgãos especializados com a indicação de suas atribuições específicas;

e) os que impõem, taxativamente, obrigações às pessoas em relação à saúde coletiva ou de certos grupos de pessoas;

f) os que estabelecem obrigações individuais em benefício de terceiros.

Dentro do direito interno, as regras se distribuem entre a lei e o regulamento administrativo.

De um modo geral, as Constituições consultadas de vários países não costumam contemplar disposições particulares sobre os problemas de saúde, mas insistem em fazê-lo vinculando-os aos princípios fundamentais da seguridade social ou das garantias das liberdades públicas, atribuindo à lei ordinária a função de instrumentalizá-las, como veremos a seguir.

5. A SEGURIDADE SOCIAL E PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A histórica da **seguridade social** ou **segurança social** confunde-se, no tempo e no espaço, com a história da **previdência social**, em suas várias versões, até os nossos dias.

Registram os compêndios informações úteis à compreensão do tema. A Enciclopédia Mirador, por exemplo, assinala, no verbete "**previdência social**":

"A história da previdência social é um registro vivo de sucessivos fracassos do indíviduo em proteger-se dos riscos da existência humana. Verifica-se uma gradual transferência da responsabilidade de assistência aos necessitados, com a crescente noção do risco social. Os círculos vão se ampliando cada vez mais até abrangerem a sociedade como um todo. A responsabilidade deixa de ser individual, familiar ou simplesmente grupal, para tornar-se social propriamente dita.

Até o século XVIII, pode-se resumir esquematicamente essa proteção: a) pela família; b) pelos vizinhos, pelas instituições religiosas locais ou pelo município; c) pelos companheiros de trabalho, através de associações profissionais; d) pelos proprietários das terras; ou pelas corporações de ofício. Incluem-se aí as confrarias, as irmandades de socorros mútuos, de cunho religioso ou leigo, mas sempre decorrentes de sentimentos cristãos, de mera solidariedade familiar ou profissional, agindo de conformidade com seus estatutos próprios, mas ainda sem nenhum caráter oficial impositivo.

Pertencem a esse período as célebres **tontinas**, criação do Lorenzo Tonti, banqueiro napolitano do séc. XVII. Consistiam elas numa espécie de mutualidade, na qual cada associado contribuía com certa soma para a constituição de uma renda vitalícia, que deveria ser repartida entre os sobreviventes em determinada época. Na França,

associações desse gênero já eram submetidas ao controle e fiscalização da autoridade pública.

Entre os dispositivos da **Declaração dos direitos do homem e dos cidadãos**, surpreendentemente, encontra-se o art. 21, já de cunho social, que se coloca como precursor da providência social moderna, embora abandonado pelo liberalismo que irá dominar quase todo o século XIX.

Os socorros públicos são uma dívida sagrada. A sociedade deve a subsistência aos cidadãos infelizes, seja fornecendo-lhes trabalho, seja assegurando os meios de existência àqueles que não estão em condições de trabalho.

O seguro social obrigatório. Quase cem anos transcorreram, com ensaios de seguro privado, de associações de companheirismo, de mutualidade, sempre de natureza facultativa, até que Bismarck irá criar o seguro social obrigatório nos anos de 1883 e 1884, contra acidentes, doença e velhice, com manifestação inequívoca do Estado paternalista do bem-estar social. Seu exemplo rapidamente se propagou pela Europa".

No mesmo sentido, a Enciclopédia Saraiva do Direito, vl.60, depois de tecer considerações acerca dos diferentes sistemas que antecederam a previdência social, em sentido lato, assinala, com propriedade:

"Todos os métodos acima mencionados visaram evitar o estado de indigência, por uma atuação oportuna de meios para suprir o dano emergente e/ou lucro cessante que a realização de uma contingência humana acarreta, ocasionando um estado de necessidade. Aqueles, porém, que não tivessem podido ou querido prevenir-se, caíam em estado de miséria. Eram, então, socorridos pela caridade particular ou por meio da assistência instituída pelo Estado.

Evidentemente, a intranqüilidade que tais sistemas acarretavam se agravou com a instituição da produção sob regime industrial. Além do desemprego que gerou, da baixa remuneração do trabalho em face do excesso de braços oferecidos, a I Revolução Industrial somou aos riscos já existentes mais dois: o desemprego e o risco específico de infortúnios do trabalho.

Foi a Alemanha que desencadeou em 1883 o sistema de seguros obrigatórios, chamados seguros sociais, adotado, em seguida, pela grande maioria dos países.

Isto foi possível porque se reuniram três condições: nova corrente de pensamento econômico-social, ambiente econômico propício e um homem de Estado que fez vingar a teoria de intervencionismo". (op. cit.).

Marly A. Cardone, profunda estudiosa do assunto, in "Previdência Social – I", Enciclopédia Saraiva do Direito, (op. cit.) preleciona que a expressão previdência social, que as Constituições, como as do Brasil, costumam utilizar, deve ser entendida em seu aspecto mais amplo, ou seja, como sinônimo de seguridade social, tal como foi inscrito na Declaração Universal dos Direitos do Homem. E, prossegue aquela autora:

"A noção de segurança social proveio de seguro social. Com efeito, notamos que o seguro social deixou de estar ligado estritamente à proteção dos empregados, para envolver também trabalhadores de outras categorias, inclusive os próprios empresários, quando trabalham.

Daí em diante, a preocupação passou a ser de garantia e proteção de toda a população, na ocorrência daquelas contingências humanas, i.e., de conceder uma segurança social.

Vários documentos de caráter internacional estimulam esse progresso. A Carta Atlântica de 1941, a Declaração de Santiogo, resultante da I Conferência Interamericana de Segurança Social (1942), as Declarações de Filadélfia (1944), de Chapul-tepec (1945), a Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948) afirmaram a necessidade de prover a segurança social, de forma mais ou menos ampla" (op. cit.).

É ainda Marly A. Cardone quem esclarece:

"Diante de todos estes documentos, a doutrina e a legislação da maioria dos países passaram a substituir a expressão providência social por segurança social ou, no Brasil, por cópia do espanhol, **seguridade social** (José Martins Catharino pretende estabelecer uma diferença entre segurança e seguridade. Esta seria a falta ou a ausência de risco (Segurança Social: coordenação e separatismo. Revista Iberoamericana de Seguridad Social, Madrid, 6: 1215, 1969). Em alguns não houve, evidentemente, apenas uma mudança de nomenclatura, mas também de política, com a organização de sistemas mais amplos de cobertura das contingência (in Jean-Jacques Dupeyroux, Sécuruté sociale, Paris, Dalloz, 1965, p. 17)" (op.cit.).

O direito às prestações de segurança social ou de saúde tomam corpo, porém, a nível internacional, a partir da Declaração dos Direitos do Homem, votada, na III Seção Ordinária da Assembléia Geral das Nações Unidas, a 10 de dezembro de 1948, em Paris, subscrita pelo Brasil.

Ali se diz, textualmente:

"Art. XXII – Todo homem, como membro da sociedade, tem o direito à **segurança social** e à realização, pelo esforço nacional, pela cooperação internacional e de acordo com a organização e recursos de cada Estado, dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento de sua personalidade.

.....

Art. XXV-1 – Todo homem tem o direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família **saúde** e **bem-estar**, inclusive alimentação, vestuário, habitação, **cuidados médicos** e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora do seu controle.

Art. XXV-2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social."

Na busca constante de melhores formas de proteção contra os riscos e as adversidades inerentes à própria vida e com as transformações das instituições sociais, desenvolveram-se, ao longo dos anos, vários tipos de amparo mútuo, inicialmente sob a forma de assistência, com foros de "caridade", mais tarde como uma obrigação estatal, especialmente através dos serviços previdenciários que constituem uma conquista social, de tal maneira arraigada que, hoje, se apresentam como expectativa natural de toda a população: a sonhada universalidade de recursos, cujo montante parece crescer de forma não proporcional ao aumento da demanda e dos dispêndios correspondentes.

Àquela vetusta forma de assistência sobrevém a idéia da previsão individual, do setor da economia privada. Nesse tipo de previsão, os homens põem de lado uma parcela dos seus próprios rendimentos, de maneira a poderem dispor, a qualquer tempo, de uma soma de recursos para fazer face à doença, à velhice e ao desemprego.

Segue-se o **seguro**, como operação econômica caracterizada pela inclusão de um risco particular dentre um conjunto de riscos homogêneos, a ser coberto mediante a alocação de recursos financeiros, fornecidos pelos próprios segurados expostos à contingência, em determinados campos de atividade, de modo tal que sofram um aumento a fim de atender ao pagamento dos riscos cobertos pelo seguro.

Após, surgem os seguros sociais destinados à cobertura de diversos riscos inerentes à condição humana, tais como aqueles de ordem fisiológica (enfermidade, invalidez, velhice e morte prematura), os profissionais (acidentes de trabalho e doenças profissionais) e, finalmente, o riso social do desemprego.

Na década de 1940-1950, novas formas de proteção social ampliam e aperfeiçoam o campo dos seguros sociais, acarretando o

surgimento da previdência social que, além de visar os riscos sob suas diversas manifestações se destina, também, à ação assistencial.

No Brasil, desde os seus primórdios, na época colonial, até o início do século XX, colhem-se várias iniciativas que refletem a evolução mundial. Disso são exemplos a instituição das Santas Casas de Misericórdia, como a criada em Santos, em 1543, por Brás Cubas, e a do Rio de Janeiro, que, em 1584, erigiu o primeiro hospital destinado aos pobres.

No campo do seguro social, registram-se vários fatos exponenciais, tais como a instituição de montepio, caixas de socorros, caixas de aposentadorias e pensões, todos voltados para determinados grupos, como os empregados dos Correios, os trabalhadores das oficinas da Imprensa Régia, sucedida pela Imprensa Nacional, para os empregados do Ministério da Fazenda, da Estrada de Ferro Central do Brasil e outros, como se constata na Lei nº. 3.397, de 24 de novembro de 1888; nos Decretos nºs. 9.212-A, de 26 de março de 1889 e 10.269, de 20 de junho do mesmo ano; 942-A, de 31 de outubro de 1890; 221, de 26 de fevereiro de 1890; 1.541-C, de 1893; 4.680, de 1902; 9.284, de 1911 e 7.751, de 1909, já no Brasil republicano.

Como signatário de vários tratados e convenções, dentre eles o de Versailles, em 1919, ao lado de outros países americanos, se inicia, então no Brasil, um novo ciclo de iniciativas no campo legislativo em matéria de segurança social.

Citada por muitos como a precursora da previdência social no Brasil, a Lei nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, denominada Lei Elói Chaves, criou as caixas de aposentadorias e pensões dos ferroviários, às quais, pela Lei nº 5.109, de 20 de fevereiro de 1926, foram filiados também os trabalhadores das empresas de navegação marítima ou fluvial e os das empresas dedicadas à exploração dos serviços portuários.

Mais tarde, criam-se os vários institutos de aposentadoria e pensões:

a) o dos Marítimos – IAPM, pelo Decreto nº 22.872, de 29 de junho de 1933;

b) o dos Bancários – IAPB, pelo Decreto nº 24.615, de 9 de julho de 1934;

c) o dos Comerciários – IAPC, pelo Decreto nº 24.273, de 22 de maio de 1934;

d) o dos Industriários – IAPI, pela Lei nº 367, de 31 de dezembro de 1936;

e) o dos empregados dos Transportes e Cargas – IAPETEC, pelo Decreto nº. 651, de 26 de agosto de 1938; e

f) o dos Servidores do Estado – IPASE, pelo Decreto-lei nº. 288, de 23 de fevereiro de 1938.

A esta altura, já no campo do direito do trabalho, registram-se sucessivos avanços, que culminam na Consolidação das Leis do Trabalho, em 1943.

Da instituição de "caixas" junto a cada empresa, como entidades de previdência aos seus empregados, evolui-se para a concepção mais abrangentes de "institutos", que agrupam seus segurados de acordo com categorias profissionais determinadas.

Ocorreu, entretanto, que alguns desses institutos, por contarem com maior número de filiados e maior receita, proporcionavam, qualitativa e quantitativamente, benefícios e serviços outros, o que exigia ajuda financeira da União Federal, criando um clima de descontentamento geral entre os segurados daqueles últimos.

Após vários projetos de lei apresentados na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, chega-se, então, à Lei nº. 3.807, de 1960, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, somente alterada em 1966 pelo Decreto-lei nº. 66. Pelo Decreto-lei nº. 72, do mesmo ano, unificam-se os institutos até então existentes, criando-se o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, que passou a ser o órgão gestor dos negócios da previdência social no país, imprimindo nova organicidade aos seus serviços administrativos e judicantes.

A Lei nº. 3.807, de 1960, com as modificações introduzidas pelo já citado Decreto-lei nº. 66, de 1966, sofre importantes e substanciais modificações pela lei nº. 5.890, de 08 de Junho de 1973, após exaustivos debates no Congresso Nacional. Aí se estendem os benefícios e serviços aos trabalhadores rurais. A assistência médica, ambulatorial, hospitalar ou sanatorial, reza o artigo 45 desse diploma, compreenderá a prestação de serviços de natureza clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica aos beneficiários, em serviços próprios ou de terceiros, estes mediante convênio.

Para tais prestações de serviços – prevê a mesma Lei nº. 5.890, de 1973 – poderá a Previdência Social subvencionar instituições sem finalidade lucrativa, ainda que já auxiliadas por outras entidades públicas; poderá colaborar para a complementação das respectivas instalações e equipamentos ou fornecer outros recursos materiais para melhoria do padrão de atendimento aos beneficiários. Condiciona, entretanto, o artigo 46 do mesmo diploma a amplitude da assistência médica aos recursos financeiros disponíveis, conforme o permitam as condições locais, não se responsabilizando por despesas de assistência médica realizadas pelos seus beneficiários sem sua prévia autorização, salvo motivo de força maior, comprovado e aceito, quando serão efetuados reembolsos de valor igual ao que teria sido despendido pela instituição se diretamente houvesse prestado o serviço (artigos 45 a 47).

Na década de 1970, ainda cumpre registrar a aprovação de leis dispondo sobre o assunto, cumprindo destacar as seguintes: a Lei nº. 6.118, de 9 de outubro de 1974, criando o Conselho de Desenvolvimento Social, para fins de assessoramento do Presidente da República na formulação da política social, cuja formulação incumbe ao Ministério da Saúde; a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, tão criticada porque separa as ações e medidas de alcance coletivo daquelas exclusivamente voltadas para a assistência médica individualizada, incumbindo os Ministérios da Saúde e da Previdência Social dessas providencias, além de muitos outros da área social, sem definir o órgão central desse mesmo Sistema Nacional; a Lei nº. 6.439, de 1º de setembro de 1977, que dispõe sobre o Sistema Médico da Previdência e Assistência Social (SIMPAS) e que defere ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência e Assistência Social (INAMPS), a prestação dos serviços de assistência médica aos trabalhadores urbanos, aos servidores civis da União e de suas autarquias e do Distrito Federal e respectivos dependentes aos trabalhadores e empregados rurais. A rigor, a não ser pelo enunciado da sua ementa, não trata esta lei de um sistema propriamente dito, mas apenas de uma reestruturação profunda do Ministério da Previdência e Assistência Social, redefinindo funções dos órgãos de sua administração direta e das autarquias vinculadas. Inobstante, embora determine a mesma Lei nº. 6.439/77, no seu artigo 7º, a "compatibilização da organização dos programas de assistência médica a cargo do INAMPS, com o Sistema Nacional de Saúde e com as normas de saúde pública constantes de legislação própria", **consolidou-se aqui a existência de dois sistemas paralelos, com recursos dispersos, com comandos diferentes, cuja racionalidade, eficiência e eficácia são discutíveis, porque baseados apenas no pressuposto de uma integração programática, que eventualmente poderá inexistir, em detrimento da população assistida**.

Prevalece na época atual um consenso sobre o fato de que programas de cuidados primários de saúde ou de atenção médica em níveis de maior complexidade, bem como aqueles no campo da saúde pública, como, por exemplo, de saneamento básico, de construção de habitação em áreas rurais ou de proteção ao meio ambiente, a cargo de pastas diferentes, exigem sempre uma in-

teração de atividade, o que, evidentemente não pode ser viabilizado com a oportunidade e intensidade desejáveis quando subsistem vários órgãos e entidades incumbidos da coordenação geral, da execução ou coordenação da execução das atividades pertinentes, da formulação de políticas, de planos e programas.

E aqui chegamos ao motivo central de nosso trabalho, qual seja o envolver dos direitos e obrigações em matéria de saúde como um todo, nas Constituições brasileiras, federais e estaduais, até os nossos dias, com vistas a proporcionar os estudos e debates necessários a uma contribuição efetiva à esperada Constituinte que se avizinha, em correspondência às aspirações e reivindicações do povo brasileiro nesse setor de atividades.

6. A SAÚDE NAS CONSTITUIÇÕES FEDERAIS E ESTADUAIS

A Constituição de 1891 não tratou, expressamente, do problema previdenciário ou de saúde. Dispôs, restritivamente, que "a aposentadoria poderia ser dada aos funcionários públicos em caso de invalidez no serviço da Nação" (art. 76).

Vejamos a seguir o que se passou nas Constituições subseqüentes.

7. CONSTITUIÇÕES FEDERAIS

Constituição de 16 de julho de 1934

Art. 5º – Compete privativamente à União:

.....

XIX – legislar sobre:

.....

c) normas fundamentais do direito rural, do regime penitenciário, da arbitragem comercial, da assistência social, da assistência judiciária e das estatísticas de interesse coletivo;

Art. 121 – A Lei promoverá o amparo da produção e estabelecerá as condições do trabalho, na cidade e nos campos tendo em vista a proteção social do trabalhador e os interesses econômicos do país.

§ 1º. – A legislação do trabalho observará os seguintes preceitos, além de outros que colimem melhorar as condições do trabalhador:

.....

h) **assistência médica e sanitária** ao trabalho e à gestante, assegurando a esta descanso, antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego, e instituição de **previdência**, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes do trabalho ou de morte;

Art. 138 – Incumbe à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas:

a) assegurar amparo aos desvalidos, criando serviços especializados e animados os serviços sociais, cuja orientação procurarão coordenar;

b) estimular a educação eugênica;

c) amparar a maternidade e a infância;

d) socorrer as famílias de prole numerosa;

e) proteger a juventude contra toda exploração, bem como contra o abandono físico, moral e intelectual;

f) adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis;

g) cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais.

Constituição de 10 de novembro de 1973

Art. 16 – Compete privativamente à União o poder de legislar sobre as seguintes matérias:

.....

XXVII – normas fundamentais da defesa de proteção da saúde, especialmente da saúde da criança.

Art. 18 – Independentemente de autorização, os estados podem legislar, no caso de haver lei federal sobre a matéria, para suprir-lhes as deficiências ou atender às peculiaridades locais, desde que não dispensem ou diminuam as exigências da lei federal, ou, em não havendo lei federal e até que esta os regule, sobre os seguintes assumtos:

c) **assistência pública**, obras de higiene popular, **casas de saúde**, **clínicas**, estações de clima e fontes medicinais;

Art. 137 – A legislação do trabalho observará, além de outros, os seguintes preceitos:

.....

1) **assistência médica e higiênica** ao trabalhador e à gestante, assegurando a esta, sem prejuízo do salário, um período de repouso antes e depois do parto;

Constituição de 18 de setembro de 1946

Art. 5º – Compete à União:

.....

XV – Legislar sobre:

b) normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de **defesa e proteção da saúde**; e de regime penitenciário.

Art. 6º – A competência federal para legislar sobre as matérias do art. 5º., nº. XV, letras b, c, d, f. h, j, l, o, e r., não exclui a legislação estadual supletiva ou complementar.

Art. 157 – A legislação do trabalho e a da previdência social obedecerão aos seguintes preceitos, além de outros que visem à melhoria da condição dos trabalhadores:

.....

XVI – **assistência sanitária**, inclusive hospitalar e médica preventiva ao trabalhador e à gestante;

XV – **assistência** aos desempregados;

XVI – previdência, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado, em favor da maternidade e contra as **conseqüências da doença**, da velhice, da invalidez e da morte;

Constituição de 24 de janeiro de 1967, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº. 1, de 17 de outubro de 1969, e as alterações feitas pelas Emendas nºs 2/72; 7/77 e 24/83.

Art. 8º. – Compete à União:

.....

XVII – legislar sobre:

.....

c) normas gerais: (...) de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde (...);

Parágrafo único – A competência da União não exclui a dos estados para legislar supletivamente sobre as matérias das alíneas **c, d, e, n. q, e v**, item XVII, respeitada a lei federal.

Título III – Da Ordem Econômica e Social

Art. 165 – A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da lei, visem à melhoria de sua condição social:

.....

IX – higiene e segurança do trabalho;

.....

XV – assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva;

XVI – previdência social nos casos de **doença**, velhice invalidez e morte, seguro-desemprego, seguro contra acidentes do trabalho e proteção da maternidade, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado.

Parágrafo único – Nenhuma prestação de serviço de assistência ou de benefício compreendidos na previdência social será criada, majorada ou estendida, sem a correspondente fonte de custeio total.

No Brasil, tal como vimos na projeção, a Constituição de 1934 (cf. art. 121), limita-se a declarar que a **legislação do trabalho** deveria observar, dentre outros, preceitos quanto à **assistência médica e sanitária ao trabalhador** e, quanto à instituição de **previdência**, objetivando favorecer os casos de velhice, invalidez, maternidade e acidentes do trabalho.

Já a Constituição de 1946, além de ditar a competência da União para legislar sobre normas gerais de **seguro e previdência social**, defere àquela mesma pessoa de direito público poderes para legislar sobre normas gerais de **defesa** e **proteção de saúde**, fazendo aqui o legislador constitucional, pela primeira vez, o destaque para o assunto, de maneira ampla e não somente voltada para o trabalhador.

A Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, aprovou, em obediência ao preceito constitucional citado, ditas normas gerais de defesa e proteção de saúde e prescreveu, timidamente, que constituía "dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo" (art. 1º) e que, para esse fim, "incumbiria à União manter um órgão de saúde e assistência" com incumbências específicas, normativas, coordenadoras, de planejamento, orientação, supervisão e controle, de inquéritos, estudos e pesquisas, cumprindo aos estados, distrito federal e territórios organizar e fazer funcionar os seus serviços de saúde (Artigo 2º e 4º). Essa lei foi regulamentada pelo Decreto nº 49.974-A, de 21.1.61, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, que laborou um pouco mais em matéria de deveres, asseverando que ao Estado cumpriria a adoção das medidas preventivas, de caráter geral, para defesa e proteção da saúde da coletividade, devendo prestar assistência médica gratuita aos que não dispusessem de meios ou recursos para provê-la, cumprindo à família, por seus responsáveis, a adoção das medidas previstas, de caráter individual, reconhecidas pelas autoridades sanitárias competentes e as providências necessárias para adequada assistência médica aos seus integrantes, quando doentes.

No mais, o pré-citado Código prevê, ainda, a possibilidade do Estado determinar o isolamento dos portadores de moléstias transmissíveis, por indicação das autoridades sanitárias, de exigir a apresentação de atestados de vacinação para o exercício de certos atos da vida civil, de exigir e executar provas imunológicas, quando houver indicação, de interdição de locais, e adotar outras providências. Assegura, entretanto, o mesmo diploma, poucos direitos ao cidadão em matéria de saúde e, quando o faz, age de maneira pouco objetiva ou imprecisa.

Conforme vimos, também a Constituição de 1946 inscrevia entre os direitos **a serem previstos na legislação do trabalho e da previdência social**, visando à melhoria da condição dos trabalhadores, dentre outros, aqueles relacionados com a higiene e segurança do trabalho, **assistência sanitária, inclusive hospitalar, e médica preventiva ao trabalhador e à gestante, previdência, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado, em favor da maternidade e contra as conseqüências da doença**, da velhice, da invalidez e da morte, obrigatoriedade da instituição do seguro pelo empregador contra os acidentes do trabalho.

A Constituição de 1967 manteve-os e, do mesmo modo, a Emenda Constitucional nº 1, de 1969, no seu artigo 165.

De novo, inclui a Constituição de 1967 a competência da União estabelecer e executar planos nacionais de saúde, o que não significa, porém, pré-excluir as planificações intra-estaduais, ou os convênios interestaduais, ou as planificações intermunicipais.

Na Emenda citada (art. 165), são assegurados os seguintes direitos, todos referentes à seguridade social:

"I – salário mínimo capaz de satisfazer, conforme as condições de cada região, as suas necessidades normais e as de sua família";

II – salário-família aos seus dependentes;

III – proibição de diferença de salários e de critério de admissões por motivo de sexo, cor e estado civil;

IV – salário de trabalho noturno superior ao diurno;

V – integração na vida e no desenvolvimento da empresa, com participação nos lucros e, excepcionalmente, na gestão, segundo for estabelecido em lei;

VI – duração diária do trabalho não excedente a oito horas, com intervalo para descanso, salvo casos especialmente previstos;

VII – repouso semanal remunerado e nos feriados civis e religiosos, de acordo com a tradição local;

VIII – férias anuais remuneradas;

IX – **higiene e segurança do trabalho**;

X – proibição de trabalho, em indústrias insalubres, a mulheres e menores de dezoito anos, de trabalho noturno a menores de dezoito anos, e de qualquer trabalho a menores de doze anos;

XI – descanso remunerado da gestante, antes e depois do parto, sem prejuízo do emprego e do salário;

XII – fixação das porcentagens de empregados brasileiros nos serviços públicos dados em concessão e nos estabelecimentos de determinados ramos comerciais e industriais;

XIII – estabilidade, com indenização ao trabalhador despedido ou fundo de garantia equivalente;

XIV – reconhecimento das convenções coletivas de trabalho;

XV – **assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva**;

XVI – **previdência social** nos casos de **doença**, velhice, invalidez e morte, seguro-desemprego, seguro contra acidentes do trabalho e **proteção da maternidade**, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado;

XVII – proibição de distinção entre trabalho manual, técnico ou intelectual ou entre profissionais respectivos;

XVIII – colônias de férias e clínicas de repouso recuperação e convalescença, mantida pela União, conforme dispuser a lei;

XIX – aposentadoria para a mulher aos trinta anos de trabalho, com salário integral; e

XX – aposentadoria para o professor após 30 anos e, para a professora, após 25 anos de efetivo exercício em funções de magistério, com salário integral;

XXI – greve, salvo o disposto no artigo 162.

Parágrafo único – **Nenhuma prestação de serviço de assistência ou de benefício compreendidos na previdência social será criada, majorada ou estendida, sem a correspondente fonte de custeio total**."

Bem é de ver que tais direitos, elencados no artigo 165, acima reproduzido, são exemplificativos, não exaustivos, por isso a ressalva feita pelo legislador, no **caput** da disposição: **além de outros**, quando àqueles se refere.

Demais disso, conforme o parágrafo único do mesmo dispositivo constitucional, outros serviços de assistência social e benefícios poderão ser atendidos, via previdência social, condicionados, porém, à existência de recursos para seu custeio integral.

O Regulamento Geral da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14 de março de 1967, no seu artigo 28 concedia 28 (vinte e oito) benefícios, incluindo, além dos referidos na Constituição, os seguintes: a) aposentadoria especial; b) auxílio-funeral; reabilitação profissional; abono especial; e h) serviço social.

É ainda a Constituição em vigor que prevê, no artigo 175, § 4º, que lei especial disporá sobre a assistência à maternidade, à infância e à adolescência. Inexiste, porém, até a presente data, tal lei especial.

No mais, impende ainda considerar que o legislador constitucional de 1967 não teve maior criatividade no que concerne ao direito à saúde, apenas se limitando, como o fez a Constituição de 1946, a asseverar que incumbia à União legislar, aprovando normas gerais sobre defesa e proteção de saúde.

Mas, se o legislador constitucional federal de certa forma se descurou de insculpir nas Cartas aprovadas preceitos suficientemente abrangentes em matéria de

saúde, em que pesem as limitações impostas aos estados da Federação para legislar sobre o assunto, algumas unidades políticas o fizeram de maneira inovadora, cumprindo, portanto, conhecer, nesta oportunidade, os textos das constituições estaduais aprovados e em vigor, como segue.

8. DA SAÚDE NAS LEIS ORDINÁRIAS ESTADUAIS

No plano da legislação ordinária estadual, supletiva, como faculta a Constituição Federal (art. 8º, Parágrafo único), nos últimos dois anos, juntamente com os técnicos das respectivas secretarias de saúde que manifestaram as suas intenções de rever o repertório jurídico em vigor em matéria de saúde, tive o ensejo e a honra de elaborar projetos que chegaram já a ser transformados em lei nos seguintes estados: Acre, Alagoas, Bahia, Ceará, Pará, Paraíba, Piauí, Rondônia, Sergipe, Maranhão, encontrando-se em vias de estudos finais para envio às respectivas assembléias legislativas aqueles referentes aos estados do Amazonas, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Espírito Santo e Rio Grande do Sul.

Nessa nova legislação procuramos preceituar que a saúde é um direito fundamental, sendo dever do Estado, bem como da coletividade e do indivíduo, adotar as medidas pertinentes à sua preservação e a do meio-ambiente. Para tanto, estabelecem as leis aprovadas, que incumbe:

"I – ao Estado, precipuamente, zelar pela promoção, proteção, e recuperação da saúde, reabilitação do doente e pelo bem-estar da coletividade;

II – à coletividade em geral, cooperar com os órgãos e entidades competentes, na adoção de medidas que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde dos seus membros;

III – aos indivíduos em particular, cooperar com os órgãos e entidades competentes; adotar um estilo de vida higiênico; aplicar os princípios plausíveis de nutrição; observar os ensinamentos sobre educação em saúde; prestar as informações que lhes forem solicitadas pelos órgãos sanitários competentes; respeitar as recomendações sobre meio ambiente.

Seguem-se, em capítulos próprios, na nova legislação básica aprovada, os direitos dos habitantes do Estado, como por exemplo: gozar de prestações de saúde conforme o sistema de saúde estadual existente; de ser informado em relação às matérias de saúde, por parte das autoridades de saúde; direito da criança, do incapaz, do inválido e do ancião a gozar de prestações especiais de saúde; direito da mulher a seu controle médico, pré e pós-natal; direito das pessoas mentalmente afetadas a gozar de prestações de serviços de saúde em estabelecimentos determinados pela autoridade de saúde, e de não serem internados sem diagnósticos prévio ou de permanecerem internados sem revisão médica periódica; de não serem submetidos a tratamentos médicos desnecessários ou experiências clínicas fora dos padrões admitidos, sem seu prévio consentimento e sob o controle de autoridades de saúde; de obterem certificados de vacinação e outros documentos, para os atos da vida civil; de não serem envolvidos em programas de contingenciamento da prole, sem que haja a indicação médica correspondente e a livre manifestação do casal; e outros.

Antes de encerrarmos este trabalho, vale aqui, como prólogo de nossas conclusões e para fundamenta-las, uma ligeira digressão doutrinária acerca da saúde, do direito de saúde e do direito a ela.

CONCLUSÕES

A saúde em si mesma é uma situação individual; entretanto, pelos fatores que a condicionam ou a comprometem, pelos meios de sua restauração, ela aparece também como um fenômeno social, visto mais

como um estado sanitário de uma sociedade, constituindo elemento característico dessa sociedade. O termo **saúde pública**, utilizado na europa continental e no Brasil, ou **saúde comunitária**, empregado nos países anglo-saxônicos, traduzem essa dimensão social do problema da saúde. Todavia, eles não devem de resto conduzir a que se oponha nessa matéria o ponto de vista do indivíduo àquele da coletividade.

Definida como um **estado**, surge como ponto de equilíbrio, de apreciação profundamente relativa, como uma certa situação a atender ou a preservar.

As disciplinas que se relacionam com a saúde visam sobretudo aos componentes desse equilíbrio, aos fatores que condicionam sua ruptura e seu restabelecimento. Tudo está particularmente ligado ao estudo das causas da alteração de saúde, ou seja, àquelas ações de saúde, individuais ou coletivas, privadas ou públicas, que marcam a intervenção do homem ou da sociedade dentro do sentido de um certo estado individual ou social de saúde: ações de prevenção visando a eliminar as causas de alteração da saúde, ações de controle de um estado sanitário, ações de tratamento de doenças.

Por isso tudo, as ciências da saúde comportam uma estrita interação com as ciências sociais, como a economia ou a sociologia.

O direito de saúde, entendido como um conjunto de regras jurídicas aplicáveis às ações de saúde, apresenta uma dimensão considerável.

O desenvolvimento desse direito se deve em grande parte às aspirações dos indivíduos que dele se valem e do sentimento do Estado de sua responsabilidade nessa matéria, quer como resposta a essas aspirações, quer também como consecução de suas próprias finalidades. Por isso, é legítimo afirmar que o direito de saúde se inscreve hoje dentro da política de saúde de cada Estado.

Em outras palavras, poderíamos afirmar que o direito à saúde está a depender do DIREITO DE SAÚDE.

Mas, que se entende, porém, por bem ou **interesse jurídico**? Na clássica definição de Ihering (**Geist des Rechtsqueterschutz, apud** Heleno Cláudio Fragoso, **in "Direito Penal e Direitos Humanos"**, Forense, Rio de Janeiro, 1977, p. 37), "**bem** é todo conteúdo de utilidade, ainda que não pecuniariamente apreciável, que constitua um bem para o sujeito ou tudo o que nos pode servir. Bem e interesse são para Ihering conceitos idênticos. Não cabe nos limites deste trabalho a exposição e discussão das várias definições de bem e interesse jurídico apresentados pelos autores, bastando-se apenas indicar as linhas mestras do seu desenvolvimento doutrinário nesta matéria. Em sua formulação básica, o conceito de bem vai referido a um valor, representando assim tudo o que satisfaz a uma necessidade, tendo ou não existência material. Interesse (**quod inter est**) é, porém, um juízo de valor sobre a utilidade ou idoneidade do bem para satisfazer uma necessidade. Esta é a chamada teoria subjetiva (concepção psicológica) do interesse, que é a dominante. Bem é, pois, uma coisa (em sentido amplo); interesse, porém, é uma relação entre a coisa e o sujeito. Deve-se a Kessler (**Rechtsgut oder rechtlich geschuetztes interesse oder subjektives recht**, cf. Heleno Fragoso, op. cit.), a observação de que **bem** e **interesse** constituem um único e mesmo conceito, encarado, apenas, pelo lado objetivo e pelo lado subjetivo. Vários autores, todavia, empregam indistintamente as expressões "bem" e "interesse" (Cf., entre outros, Manzini. **Trattato di diritto penale italiano**. Roma. 1950. Vol. I, p. 542). Outros, ainda defendem a diversidade conceitual de **bem** e **interesse**, afirmando, porém, a identidade de sua significação prática, pois se trata de conceitos correlativos (Rocco. "**L'oggetto del reato**", p. 244), e a inutilidade de todo o debate. Há ainda os que entendem que objeto da tutela jurídica

é apenas o interesse, ao passo que outros sustentam ser apenas o bem ("**Binding. Die Normen und ihre Uebertretungem**"). **O bem torna-se jurídico quando o direito o reconhece e protege através da norma jurídica. O bem jurídico não é um bem do direito, mas um bem da vida humana, que preexiste a toda qualificação jurídica**. (Liszt – Schmidt. **Lehrbuch**, p. 4).

É antiga a crítica ao conceito de bem jurídico. Del Vecchio, **in "Il concetto del diritto"**, por exemplo, afirmava que em geral ele é vago e impreciso, não passando de um esquema conceitual sem conteúdo. Numa concepção ampla como a de Oppenhein, grande diversidade de coisas podem integrar o conceito de bem jurídico (condições ou estados, sentimentos, direitos e deveres). Rocco, aliás, afirma que bem jurídico pode ser um objeto do mundo exterior, como uma coisa ou uma pessoa; pode ser um acontecimento natural, ou uma ação ou omissão humana; uma ação própria ou uma ação alheia; um serviço pessoal ou qualquer relação de fato; **um estado individual** (físico ou moral), da pessoa ou de qualquer pluralidade de pessoas (**vida, saúde**, liberdade); pode ser um estado de fato (o silêncio noturno) ou o estado de uma coisa (o estado de uma carta em envelope fechado); pode ser um sentimento (piedade), uma idéia ou, em geral, um estado do mundo exterior. Pode ser ainda um direito ou uma relação jurídica. Algo existente no presente, no passado ou no futuro. Daí classificar os bens em materiais ou físicos e imateriais e morais; individuais ou coletivos.

É ainda Heleno Fragoso quem explica que contra tal alegada indeterminação, surgiu a teoria do bem jurídico como **estado**, segundo a qual se afirma a identidade substancial do objeto da proteção, que se identifica no interesse na manutenção de determinado estado, ou seja, de determinada ordem visada pelo direito. E prossegue: "O bem jurídico não é apenas um esquema conceitual, visando a proporcionar uma solução técnica de nossa questão: é o bem humano ou da vida social que se procura preservar, cuja natureza e qualidade depende, sem dúvida, do sentido que a norma tem ou que a ela é atribuído, constituindo, em qualquer caso, uma realidade contemplada pelo direito. Bem jurídico é um bem protegido pelo direito; é, portanto, um valor da vida humana que o direito reconhece e à cuja preservação é disposta a norma jurídica. Não é possível afirmar a **priori** que o **bem jurídico** é sempre um **estado** ou uma **condição**, e muito menos a identidade substancial do objeto da proteção: este será conforme a norma, realmente um estado (como a integridade corporal), mas pode também ser um sentimento (como a honra ou o respeito aos mortos), um direito subjetivo (como a propriedade), enfim, um bem corpóreo ou incorpóreo. Só é possível afirmar que o bem jurídico é sempre um estado, se se admite constituir o bem o estado de integridade ou intranqüilidade em que se acha a realidade que o crime ofende, como seja a honra, a paz pública, o patrimônio, a fé pública, etc., estado a que se refere um sentimento, à condição de um objeto, ao imperturbável exercício de um direito, etc. Neste sentido, não há objeção à teoria do bem jurídico como estado. Certos conceitos, como o da fé pública, moral pública, **saúde pública** e outros, relativos a crimes contra a coletividade, são necessariamente menos precisos, porque correspondem a bens ou valores abstratos ou ideativos, representando um sentimento, um estado ou um interesse coletivo. Nem por isso, todavia, deixam de referir-se à concreta realidade social. Bem não é o interesse protegido. Objeto da tutela é o bem, não o interesse, mas nada impede que a este se refira o intérprete, pois se trata tão somente de um aspecto subjetivo ou de um juízo de valor sobre o bem como tal. Inaceitável é o conceito objetivo de interesse, pois este denota sempre uma atitude mental. Não é possível afirmar que existe um interesse, sem um juízo ou uma opinião

sobre a capacidade ou idoneidade do bem para satisfazer uma necessidade.

Por todo o exposto e á luz dessas premissas doutrinárias, dúvidas não podem prosperar acerca da legitimidade de ser considerada a **saúde** individual como um bem jurídico que deve ser objeto de proteção por normas jurídicas adequadas, seja ela tida como um estado ou condição ou ainda como um direito subjetivo de todo habitante do território nacional, em qualquer casa objeto de tutela pelo Estado coma um valor social.

Urge, tanto quanto possível, se busque aperfeiçoar, em todos os empreendimentos legislativos, especialmente naqueles de índole constitucional, o enunciado dos direitos e garantias dos cidadãos em matéria de saúde, dentro do enfoque distante, mas sempre atual, das grandes declarações de princípios, já comentados, a seguir transcritas:

CARTA MAGNA DOS DIREITOS SOCIAIS, APROVADA EM SANTIAGO, NO ANO DE 1942, que propugna uma seguridade social, integral, orgânica e humana, que promova:

"... as medidas destinadas a aumentar as possibilidades de emprego e manté-las num alto nível; a incrementar a produção e as rendas nacionais e distribuí-las eqüitativamente, e a **melhorar a saúde**, a alimentação, o vestuário, a habitação e a educação geral dos trabalhadores e seus familiares."

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DO HOMEM, APROVADA EM 1948, PELA ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS.

"Art. XXV – 1. Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família **saúde e bem-estar**, inclusive alimentação, vestuário, habitação, **cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis**, e direito à segurança em casa de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice e outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle."

Nesse sentido, importa que se consagre, definitivamente, em nossa Constituição, sem meias palavras ou rodeios, a saúde, como um direito fundamental e inalienável, que gera para o Estado, os cidadãos e a coletividade obrigações e participação.

Nessas circunstâncias, apresento alguns enunciados que poderão, por certo, ser objeto de consideração para possível inclusão na nova Constituição do Brasil:

• A saúde da população é um bem de interesse público tutelado pelo Estado.

• A saúde individual constitui um direito fundamental e inalienável de todo cidadão.

• Constitui função essencial do Estado velar pela saúde da população.

• Corresponde ao Poder Executivo, por intermédio do órgão federal de saúde competente, a formulação da Política Nacional de Saúde, a normalização, planificação e coordenação de todas as atividades públicas e privadas relativas à saúde, assim como a execução daquelas atividades que lhe sejam atribuídas por lei.

• Todo habitante tem direito às prestações de saúde na forma determinada pelas leis e o dever de promover a conservação de sua saúde e de concorrer para a de sua família e da comunidade.

• Toda pessoa deve prover o restabelecimento de sua saúde e das pessoas dependentes de seu núcleo familiar e tem direito aos serviços de assistência médica estatais, contribuindo economicamente na forma fixada pelas leis e regulamentos pertinentes.

• As medidas de proteção a saúde do grupo materno-infantil terão sempre por princípio o fortalecimento da família e quaisquer ações nesse campo devem ser desenvolvidas em bases éticas e humanísticas.

• Toda gestante tem direito aos serviços de informação materno-infantil, ao controle médico durante a gestação, a assistência ao parto e a receber alimentos para completar sua dieta ou da criança, durante o período de lactância.

• Toda criança tem direito a que seus pais e o Estado zelem por sua saúde e pelo seu desenvolvimento físico e psicológico normal, bem como ás prestações de saúde estatais, desde o seu nascimento até a adolescência.

• Nenhuma medida será adotada em relação ao contingenciamento da prole sem que haja a indicação médica correspondente, destinada á proteção da saúde materna, e o assentimento por livre manifestação de vontade das partes.

• As pessoas carentes, conforme as disposições legais e regulamentares, poderão receber medicamentos, alimentos, elementos de uso médico e outros meios que sejam considerados indispensáveis ao tratamento de sua doença e para reabilitação pessoal ou para os seus dependentes.

• Toda pessoa, natural ou jurídica, fica sujeita aos ditames da lei, de seus regulamentos e das ordens gerais e particulares, ordinárias e de emergência, que as autoridades de saúde ditem no exercício de suas competências orgânicas e tem direito a ser informada devidamente pelo funcionário competente sobre as normas obrigatórias vigentes em matéria de saúde.

• Toda pessoa tem direito a obter dos funcionários competentes a devida informação e as instruções adequadas sobre assuntos, ações e práticas conducentes a promoção e conservação de sua saúde pessoal e dos membros de sua comunidade, particularmente sobre higiene, alimentação e nutrição, orientação psicológica, higiene mental, educação sexual, doenças transmissíveis, planejamento familiar, diagnóstico precoce de doenças e sobre a práctica e uso de elementos técnicos especiais.

• Toda pessoa, natural ou jurídica, está obrigada a proporcionar, de maneira certa e oportuna, os dados que o funcionário de saúde competente lhe solicite para os efeitos da elaboração, análise e difusão das estatísticas vitais e de saúde e demais estudos especiais que sejam necessários fazer, para o oportuno conhecimento dos problemas de saúde e para a formulação de medidas e soluções adequadas.

• As leis, regulamentos e disposições administrativas relativas a saúde são de ordem publica e em caso de conflito prevalecem sobre quaisquer outras disposições de igual validade formal.

CIDADANIA, DIREITOS SOCIAIS E ESTADO

SÔNIA MARIA FLEURY TEIXEIRA
Professora da Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas e da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz
Vice-Presidente da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)

1 – A REPOSIÇÃO DA CONSCIENCIA DO CIDADÃO NA TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA

a) A Negação da Cidadania.

A retomada da discussão acerca da questão da cidadania remete-nos ao colapso do regime burocrático-autoritário, a partir da compreensão das tensões que se desenvolveram no interior do pacto de dominação e seu acirramento em decorrência da crise econômica mundial.

O regime autoritário iniciado em 1964 caracterizou-se pelo rompimento com o modelo político instaurado no período populista, no qual as demandas sociais emergentes face ao processo de industrialização e urbanizações foram canalizadas através de instrumentos corporativos de cooptação das massas populares, colocadas na condição de suporte legitimador de um Estado autoritário, representante dos interesses de um amplo compromisso entre as diferentes frações da elite dominante.

As mediações então existentes entre Estado e sociedade, corporificadas em um aparato institucional de natureza híbrida (como o sindicalismo, os institutos previdenciários e o própria sistema partidário),assentavam-se menos nos direitos e na consciência da cidadania do que nos liames acionados a partir das noções de **nação** e de **povo**. (1) O estilo das lideranças populistas não interpelava os indivíduos enquanto cidadãos, isto é, a partir de uma pauta de direitos e deveres que os vinculasse ao Estado, mas, principalmente, como povo, parcela da população que carecia de uma proteção especial do governante, intrinsecamente vinculada ao grande projeto coletivo do desenvolvimento nacional.

Embora esta trajetória histórica dirija-se para – nos limites do processo de acumulação e da luta de classes – absorver as demandas sociais, consolidando-se em ganhos substantivos em termos de justiça social, não deu origem ao desenvolvimento da cidadania enquanto mediação precípua entre o Estado democrático e o conjunto de indivíduos pertencentes à nação.

A inserção das classes populares urbanas no populismo se deu sempre de forma corporativa, fragmentada em função do poder de barganha de cada categoria funcional, inconsciente sobre a ausência política imposta aos camponeses, de tal forma que as conquistas sociais alcançadas conformaram-se melhor como privilégios setoriais do que como direitos universais dos cidadãos.

A dialética das contradições inerentes a este "Estado de compromisso" baseado na ideologia do nacional-desenvolvimentismo e na mobilização controlada das massas urbanas foi agudizada com a intensa penetração do capital estrangeiro, através

da implantação, aqui, das suas empresas monopolistas e pelo amadurecimento da consciência de classe dos trabalhadores.

O rompimento desta articulação Estado/sociedade foi a condição para que se refizesse o pacto de dominação em termos do tripé composto pelo Estado burocratizado e coercitivo, os monopólios transnacionais e nacionais e o capital financeiro de ambas origens. A exclusão das camadas populares e a destruição do aparelho institucional populista foi realizada com o concurso das Forças Armadas e da tecno-burocracia por meio da repressão política e das diversas reformas administrativas que viabilizaram a concentração do poder ao nível dos altos escalões da burocracia estatal.

O regime burocrático-autoritário caracterizou-se como desmobilizador, enquanto desativou as formas de organização das classes trabalhadoras, e excludente, desde que a predominância dos critérios tecno-burocráticos apologéticos do planejamento relegaram as demandas sociais enquanto subordinavam o aparelho estatal ás necessidades de um processo de acumulação altamente concentrador.

A fratura introduzida na relação Estado/sociedade não alcançou ser compensada pela preservação da mediação introduzida par um conceito de nação originário da teoria militarista de segurança, nem também com o incentivo a políticas sociais compensatórias de cunho assistencialista.

A desestruturação do sistema partidário de representação política dos interesses sociais e sua substituição por um sistema cooptativo informal de ligações entre a burocracia pública e privada (os anéis burocráticos) (2) se num primeiro momento atingiu principalmente os setores de oposição, quando principia o descenso da economia, mostrou-se inviável como mecanismo de articulação de um consenso mínimo entre as elites dirigentes.

A crise de legitimidade do regime autoritário-burocrático é uma crise de isolamento da sua facção mais reacionária, com as dissenções a nível dos próprios participantes menores do pacto dominante (os empresários nacionais, o que evidencia a ausência de mediações necessárias entre Estado/sociedade que pudessem embasar o exercício legitimo do poder político.

b) A Valorização da Democracia

Neste contexto de esfacelamento do regime burocrático-autoritário, diversos projetos de redemocratização emergem, oriundos de diferentes setores da sociedade.

A convergência de setores tão distintos, da esquerda à centro-direita, em torno da valorização da democracia como a saída para o impasse autoritário não deve ocultar a diversidade dos projetos políticos e as diferentes traduções dadas ao conceito de democracia.

As esquerdas latino-americanas teriam sido o primeiro e principal ator político (3) a rever suas concepções e assumir uma proposta efetiva de redemocratização da sociedade. Este processo de autocrítica não decorreu principalmente da repressão imposta pelo regime autoritário, mas de uma longa trajetória de maturação política e teórica.Por um lado, concorreu o desencanto com as teorias nacionalistas de origem cepalina, nas quais se propugnava um papel destacado à burocracia estatal que, através da ação planejada, criaria as condições de um desenvolvimento nacional beneficiador de toda a sociedade.

Os governos autoritários foram um cruel aprendizado acerca de que nem tudo que e estatal é público, no sentido de propiciar o aumento do bem-estar da sociedade.

Por outro lado, o desenvolvimento teórico recente da teoria marxista do Estado retomou a questão democrática, seja nas sociedades capitalistas como nas socialistas, como um valor universal. (4) A compreensão do Estado, não mais como exclusivamente um comitê de negócios da burguesia, mas como uma arena de lutas políticas crivada

das contradições que atravessam a estrutura de classes tem como correspondente a identificação de que a dominação passa tanto pela direção/dominação hegemônica quanto pela coerção.

A luta pela hegemonia por parte das classes dominadas recoloca a questão da democracia não só como um valor tático mas também estratégico. A democracia, enquanto uma modalidade plural de exercício do poder político passa a ser vista como o espaço ideal de formulação de uma contra-hegemonia, ampliando o campo de alianças das camadas populares, de sorte que os intelectuais oriundos das classes médias e da burguesia vêm a ser um aliado fundamental neste processo de formulação de um projeto político e cultural dos setores dominados. (6)

Esta revisão da perspectiva golpista das esquerdas aponta para a conquista de reformas no interior do capitalismo, como condição de consolidação de uma contra-hegemonia, mesmo como uma via de transição a um socialismo que preserve as conquistas democráticas alcançadas.

Autores (7) que se dedicam ao estudo do sistema político latino-americano chegam mesmo a afirmar que, na medida em que a burguesia entre nós prescindiu da democracia para implantar a sua dominação, as bandeiras democráticas desfraldadas no continente nos últimos anos têm por sua vez um cunho revolucionário e anticapitalista.

Embora concordemos com a singularidade do curso que a democracia teve e terá na América Latina, não nos parece que as conseqüências apontadas lhe sejam inerentes. Em primeiro lugar, porque embora a questão democrática tenha sido posta pela e para a esquerda, está-se longe de ter alcançado um desenvolvimento teórico e político destes grupos que assegure uma compreensão homogênea e uma estratégia de luta clara, onde a relação entre democracia capitalista e a transição para o socialismo esteja elucidada.

Em segundo lugar, é preciso ter claro que a luta pela democracia é hoje um projeto de várias facções da burguesia e das camadas burocráticas, mesmo que se desconfie da pureza e profundidade destas intenções.

Ninguém há de negar o papel e o peso político que representou no Brasil dos anos recentes a ruptura da aliança entre a burguesia industrial e a tecno-burocracia militar.

As profundas articulações da nossa burguesia com as diferentes formas de autoritarismo, as origens pouco ortodoxas de um desenvolvimento industrial assentado em uma coalizão reacionária da burguesia com a oligarquia agrária e a conseqüente preservação de uma cultura política marcadamente elitista não são fatos suficientes para que se atribua a esta classe uma perspectiva intrinsecamente autoritária.

Pressionada pelas classes populares a adotar uma postura democrática, a burguesia industrial aliou-se à luta pela democracia não apenas como oportunismo político, mas em função da sua natureza de classe numerosa e fragmentada, que carece dos mecanismos institucionais de alternância no poder dos diversos grupos e frações em que naturalmente tende a se dividir. (8)

As incoerências do comportamento da burguesia industrial no processo de transição podem ser atribuídas a esta sua posição contraditória: ao mesmo tempo em que incorporou uma longa tradição elitista e autoritária, vislumbra o processo democrático como necessário para a preservação da sua posição, dada sua hegemonia ideológica e a carência de mecanismos institucionais agregadores de suas frações componentes.

É preciso deixar claro que o projeto democrático não sensibiliza as frações mais reacionárias da burguesia brasileira (a fração mercantil especulativa e latifundiária) e nem aos monopólios internacionais aqui instalados. Neste casa, a defesa democrática é mero oportunismo face à perda de legitimidade do regime autoritário e uma saída

em busca da recomposição de um pacto excludente.

Apontada à convergência entre distintos projetos emergentes em torno da valorização da democracia, resta-nos identificar como se coloca a questão da cidadania para a sociedade democrática.

c) Democracia: O Governo dos Cidadãos?

Em todas as propostas de democratização o elemento comum é a busca do estabelecimento de novas relações entre Estado e sociedade, reconhecendo-se o caráter autoritário do Estado e a sua dissociação e falta de legitimidade face a uma sociedade civil de natureza complexa e incontrolável na sua tendência à auto-organização. As diferentes adjetivações que recebem o conceito de democracia denotam as profundas divergências de origem e significado que se lhe quer atribuir em cada projeto político, desde a suposta desestatização da economia, passando pela restauração dos instrumentos de alternância no poder, até a incorporação dos setores excluídos e suas demandas políticas e sociais em um novo pacto econômico-social.

Na busca de maior precisão, pode-se afirmar que o conceito de democracia remete a três regras principais: "participação (ou participação coletiva e generalizada, ainda que indireta, nas tomadas de decisões válidas para toda a comunidade), controle a partir de baixo (com base no princípio de que todo poder não controlado tende ao abuso) e liberdade de dissenso". (9)

Esta conceituação oriunda do liberalismo democrático pode ser considerada inelástica no sentido de que se opõe à autocracia, sendo que no primeiro caso as normas jurídicas que regulam o exercício do poder político democrático são criadas por aqueles a quem elas são dirigidas e, no segundo caso, por pessoas diferentes dos seus destinatários. (10)

No entanto, a indefinição dos contornos do conceito de democracia expressa-se, desde os clássicos, em torno das contraditórias noções de individualidade, igualdade e representação, nos quais se assenta o pensamento liberal, que foram traduzidas diferentemente em cada situação histórica específica.

A identificação do regime democrático com o governo dos cidadãos encontra no conceito de cidadania a síntese das noções de igualdade, individualidade e representação mencionadas, buscando expressá-las a partir da vinculação jurídica de cada cidadão a um determinado Estado nacional.

A democracia, então, ademais de um conjunto de regras formais de exercício do poder político, e o **lócus** de articulação das mediações entre Estado e sociedade.

A cidadania é, pois, a mediação que dá organicidade a esta relação, na medida em que, para além ou em negação a fragmentação das classes na estrutura social, articula o conjunto de indivíduos de uma nação ao Estado representativo, assegurando-lhe a legitimidade necessária ao exercício do poder.

Assim como a democracia, a cidadania pode ser considerada um tipo ideal, que a história real dos homens tratou de problematizar.

"Em sua acepção mais ampla", conforme aponta Dalmo Dallari, "a noção de cidadania busca expressar a igualdade dos homens em termos de sua vinculação jurídica a um determinado Estado. A condição de cidadão está vinculada á legislação do Estado, portanto este tem o poder de definir os condicionantes do exercício da cidadania. O cidadão constitui uma criação do Estado que vai moldá-lo aos seus interesses". (11)

É neste sentido que queremos enfatizar a historicidade da cidadania, não como tipo ideal, mas como formato concreto da relação de inclusão/exclusão dos indivíduos no interior de contextos nacionais singulares.

A cidadania vista como um **status** concedido àqueles que uma determinada sociedade atribui à condição de cidadão implica que cada Estado usa critérios diferentes de

seleção e exclusão no **status** de cidadão (12), sendo este processo, ao mesmo tempo que resultante das relações entre Estado e classes sociais e interclasses, co-constitutivo da individuação destes atores políticos.

"Toda política pressupõe determinados princípios de individuação através dos quais se aceitam e se estimulam certas identidades sociais e políticas, se alternam e re-significam outras, se estigmatizam as não desejáveis". (13) Desta maneira, compreendemos que ao mesmo tempo que produto da luta de classes, a cidadania, enquanto parte da ordem simbólica, atua dialeticamente conformando identidades sociais e políticas das classes dominadas no processo intersubjetivo de interpelação, no qual uma classe assimila um conjunto de atributos através dos quais se individualiza, se reconhece e é reconhecida pelos demais componentes da estrutura social. Em resumo, a construção da cidadania resulta da dinâmica das relações de poder, sendo concomitantemente parte do processo de constituição e consolidação da hierarquia de poder na sociedade.

Neste sentido, a dinâmica histórica do desenvolvimento da cidadania transcende a sua origem liberal-burguesa, na qual coloca-va-se como mediação necessária entre cidadãos individualizados e o poder político situado acima das classes sociais.

O paradoxo apontado por Marshall (14) acerca da igualdade básica inerente à cidadania ter lido a condição de viabilidade de uma estrutura social fragmentada em classes, portanto não igualitária, já é clássico na ciência política. Ele aponta para as reformas introduzidas no sistema capitalista, por pressão das classes dominadas que, longe de destruir este sistema,fortaleceram-no na perspectiva de sua humanização e alcance de maior legitimidade política.

As evidências históricas não podem, no entanto, obscurecer a natureza contraditória da trajetória de constituição da cidadania nas sociedades capitalistas, pois se o desenvolvimento da cidadania é parte do processo de consolidação da hegemonia burguesa, hà que se assinalar os efeitos contraditórios da hegemonia, já que quanta mais uma classe é autenticamente hegemônica, mais ela deixa às classes adversárias a possibilidade de se organizarem e de se constituírem em força política autônoma. (15)

Em outras palavras, a análise da integração das classes subordinadas a uma classe dominante requer uma teoria da autonomização dessa classe, isto e, o estudo da formação de uma contra-hegemonia.

A necessidade e a possibilidade de uma classe vir a ser hegemônica antes de tomar o poder, como apontou Gramsci, isto é, conquistar o consenso na sociedade civil antes de tomar os aparelhos da sociedade política, introduz uma nova estratégia para as classes dominadas realizarem a transição para o socialismo, ademais de trazer para o cerne da luta de classes as batalhas a nível cultural e ideológico travadas no cenário institucional.

É, pois, com base neste referencial teórico que reafirmamos a nossa tese de que a conquista da cidadania através da implementação das políticas sociais é sempre o resultado concreto e específico de uma relação de forças das classes em luta pela hegemonia, de sorte que a resultante deste processo e a corporificarão legal e institucional das relações de força estabelecidas historicamente entre as classes e mediatizadas pelo Estado, na busca da preservação da hegemonia dominante ou na consolidação de um projeto alternativo de contra-hegemonia.

Recolocar a questão da cidadania na transição democrática brasileira é dar o conteúdo real, fruto das relações de poder existentes, de qual democracia será esta que estamos construindo.

2 – O DESENVOLVIMENTO DOS DIREITOS SOCIAIS NO ESTADO MODERNO

O surgimento dos Estados Nacionais, com a transição do feudalismo para o capi-

talismo na Europa, teve como correspondente o reconhecimento do **status** de cidadão ao povo, sendo que a cidadania implicou no estabelecimento de uma pauta de direitos e deveres entre o cidadão e seu Estado, do reconhecimento da igualdade humana básica até a busca de uma participação integral do individuo na comunidade.

Este processo histórico, que vai do reconhecimento dos **direitos civis**, passando pela conquista dos **direitos políticos** e a luta pela obtenção dos **direitos sociais**, não se deu como decorrência natural do surgimento do capitalismo e, mesmo, configurou-se em distintas trajetórias nacionais.

É verdade que o capitalismo emergente, para plena constituição do mercado, requereu o estabelecimento do primeiro elemento de cidadania, os direitos civis, embasados nos pressupostos revolucionários da burguesia, de igualdade e liberdade de todos os seres humanos. No entanto, o credo liberal defendido pela burguesia restringia estas noções de igualdade e liberdade as funções econômicas necessárias ao estabelecimento do sistema de trocas de mercadorias. Neste sentido, a cidadania não incluía a igualdade e liberdade relativas ao gozo dos direitos políticos e sociais para toda a população... Ao contrário, a proteção estatal relativa aos problemas sociais que surgiram com as mudanças decorrentes da nova forma de produção (urbanização, pauperismo, desamparo) foi vista pelos liberais como uma intervenção nefasta do Estado, com sérias conseqüências para a auto-regulação do mercado.

Assim, podemos afirmar que o cidadão é um corolário do surgimento do capitalismo, mas que o pensamento liberal que embasava a criação do novo Estado era ao mesmo tempo revolucionário, enquanto estabelecia os princípios universais da igualdade e liberdade, e profundamente reacionário e antidemocrático quando os restringia exclusivamente aos direitos civis.

A conquista dos direitos sociais, ao contrário, não pode ser tributada à burguesia revolucionária, mas sim às duras lutas travadas pela classe trabalhadora em torno da ampliação da noção de igualdade: de uma igualdade formal a uma igualdade na apropriação da riqueza social.

No entanto, a conquista dos direitos sociais passou por trajetórias políticas tão distintas que podemos afirmar que foram conformados pelo menos dois padrões clássicos de cidadania.

a) Do capitalismo liberal á democracia social: o exemplo da Inglaterra

Nos diferentes paises em que a transição se fez sob a hegemonia da burguesia, o Estado capitalista constituiu-se á luz do credo liberal, no qual se postulava a primazia do livre jogo das forças do mercado como mecanismo necessário e suficiente para organização e reprodução da ordem econômica e social. O poder político, conseqüentemente, deveria restringir sua ação à garantia do funcionamento do mercado.

Tal postura não-intervencionista abarcava tanto as questões de ordem econômica como as sociais, já que postulava-se a auto-regulação do mercado seja em relação as mercadorias, seja em relação ao trabalho, este regulado no seu mercado próprio.

Como se deu este processo histórico, no qual o legado liberal constitui-se em primeiro lugar como barreira á emergência dos modernos direitos sociais para, posteriormente, conformar a natureza universal da cidadania plasmada no Estado do Bem-Estar Social (Welfare State)?

Embora a concepção liberal clássica (e mesmo a moderna de autores como Friedman) restringisse a cidadania ao elemento civil, ela continha os germens da contradição que possibilitou a transição de um liberalismo ortodoxo em direção à complexa relação liberal democrata.

A possibilidade desta transformação radica-se no pressuposto igualitário necessário às relações de troca e constituição do

mercado. A construção do Estado como fruto de um pacto social supõe a existência de cidadãos que, a um certo nível, se igualam. Este nível restringia-se originalmente ao reconhecimento e garantia dos direitos civis, mas, mesmo assim, o Estado capitalista diferenciava-se das outras formas de Estado que o precederam ao pressupor, em alguma medida, a relação direta do soberano com os cidadãos. A condição de cidadão é, pois, um atributo da sociedade capitalista.

No caso da Inglaterra, Marshall (16) formulou uma tipologia dos direitos de cidadania, decompondo esta noção geral em três elementos constitutivos, ressaltando que a sua separação em tais elementos decorreu da própria evolução histórica distinta que cada um deles atravessou no caso inglês. Ao surgimento de cada um dos elementos, o autor associou também a correspondência com instituições publicas responsáveis pela garantia da sua vigência.

São eles:

- "O elemento civil é composto dos direitos necessários à liberdade individual – liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de concluir contratos válidos e o direito a justiça. Este último difere dos outros porque é o direito de defender e afirmar todos os direitos em termos de igualdade com os outros e pelo devido. encaminhamento processual, Isto nos mostra que as **instituições** mais intimamente associadas com os direitos civis são os **tribunais de justiça.**
- Por elemento político se deve entender o direito de participar no exercício do poder político, como um membro de um organismo investido de autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo. As **instituições** correspondentes são o **parlamento** e **conselhos** do governo local.
- **O elemento social** se refere a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade. **As instituições** mais intimamente ligadas com ele são o **sistema educacional** e os **serviços sociais** ". (grifos meus)".

Ainda para este autor, o divórcio entre os três elementos constitutivos da cidadania permitiu que cada um deles seguisse um curso próprio, o que o leva a afirmar que foram formados em momentos distintos: os direitos civis no século XVIII, os políticos no XIX e os sociais no XX.

No caso inglês, o desenvolvimento histórico dos elementos da cidadania se deu como uma relação causal, na qual o exercício dos direitos relativos a um dos elementos introduzia contradições só superadas pelo desenvolvimento do elemento subseqüente.

O desenvolvimento dos direitos civis se deu por adição de um novo componente que rompia com a associação entre direito civil e individualismo, qual seja, o direito de associação e organização. Assim, os direitos políticos foram conquistados na luta pelo sufrágio universal (masculino) e pela sindicalização, rompendo a concepção liberal clássica na qual o direito político não era um direito natural, mas concedido àqueles que o merecessem.

Foi o rompimento com o individualismo burguês que permitiu a intervenção estatal na garantia dos direitos sociais. Mas, como o mercado nunca foi capaz de dar conta da questão da reprodução da força de trabalho, conformaram-se distintas modalidades de proteção estatal ao longo dos três séculos que vão da conquista dos direitos civis à conquista dos direitos sociais.

No período inicial, a oposição entre direitos civis e proteção social foi tão violenta que aquele que carecesse de proteção perdia os direitos civis adquiridos. A modalidade de proteção social que teve início nos primórdios do capitalismo inglês assumiu a forma assistencial. **A assistência** social é, pois, na história do capitalismo, a primeira forma de proteção social que se

origina com a concepção de que a pessoa está em necessidade por causa de problemas de seu caráter, o que acarreta que seja provida assistência em condições que tentam parcialmente compensar falhas passadas e prevenir contra falhas futuras.

O caráter primitivo das medidas de assistência social revela-se na ideologia transmitida através delas, onde o indivíduo torna-se objeto de proteção social desde que se reconhece a sua incapacidade pessoal de prover seu sustento e reprodução no mercado. Desta forma, reconciliou-se a necessidade econômica de proteção social aos trabalhadores, criada a partir da desestruturação das relações tradicionais e da voracidade da produção capitalista, com a necessidade ideológica de disciplinar a classe trabalhadora emergente através de incentivos ao trabalho e punição aos que não se submetiam a esta lógica. (17)

Com a conquista dos direitos políticos pela classe trabalhadora, uma nova concepção social sobre a pobreza começa a ser desenvolvida, iniciando um processo de revisão das medidas estigmatizantes aplicadas indiscriminadamente aos miseráveis. Começa a surgir a segunda modalidade de proteção social, o **seguro social**, em muitos aspectos distinto da assistência social. O seguro social constitui-se em um novo fenômeno econômico e político, na medida em que interferiu no contrato de trabalho, criando uma obrigação mútua, e que deu origem a uma nova relação entre Estado e cidadão. Esta relação, embora restrita aos empregados assalariados, caracteriza-se como uma relação contratual, implicando na existência de uma pauta de direitos positivos entre aqueles que contrataram com o Estado. Ademais, coloca a proteção social sob a égide da eqüidade e da justiça, distinguindo-se do caráter repressor da assistência.

Do ponto de vista político, o seguro social representou uma importante alteração nas relações conflitivas entre capital e trabalho, na medida em que transpôs o conftito da esfera da produção para a da reprodução, além de tornar as questões relativas à reprodução passíveis de serem tratadas técnica e não politicamente.

Só depois da Segunda Guerra Mundial começaram a ser introduzidos os princípios e leis que caracterizaram a terceira forma de proteção social: o Estado do Bem-Estar Social.

A garantia dos direitos sociais dos trabalhadores representou a consolidação de um longo processo de lutas e reformas dos modos de proteção social. Além dos interesses políticos envolvidos, outro determinante crucial nesta alteração foi colocado a partir das necessidades inerentes ao próprio processo de acumulação capitalista em relação a produtividade da força de trabalho nele engajada. A passagem da fase concarrencial da acumulação capitalista para a fase monopolista transformou a modalidade preponderante de extração do excedente, que passou crescentemente a se dar em função do aumento da produtividade do trabalho, carecendo de um trabalhador mais qualificado e hígido.

O Estado do Bem-Estar Social consagrou os direitos sociais ao desvinculá-los da relação contratual feita pelos assalariados e estendê-los a todos os cidadãos. Assim, os direitos sociais incorporaram-se plenamente a condição de cidadania, na medida em que a sociedade reconheceu a necessidade do Estado fornecer as condições mínimas de sobrevivência a todos os cidadãos. O estado capitalista liberal, finalmente, encontrou sua feição democrática.

Os pilares do Estado do Bem-Estar Social foram a existência de um piano de seguros contributivo, compulsório e universal; a prestação de contribuições e benefícios de valores fixos ao nível da subsistência e suplementação deste mínimo por poupança voluntária.

Este sistema adequar-se-ia a uma política econômica de corte Keynnesiano, que supunha o plena emprego garantido pela in-

tervenção estatal na economia, como condição da eficiência do Estado de Bem-Estar Social, ao mesmo tempo em que o próprio sistema de serviços sociais constituir-se-ia em poderoso instrumento para implementação desta política de pleno emprego. Além da pressuposição do pleno emprego, a adoção de um Estado de Bem-Estar Social implicava que o Estado assumiria em grande parte os custos do sistema, já que as contribuições individuais mínimas não dariam para cobrir encargos tais como saúde e o cuidado infantil.

b) Política social no capitalismo autoritário: o caso da Alemanha

O desenvolvimento de um padrão de política social fora dos marcos liberais vai ser uma conseqüência das características que marcaram o processo de industrialização alemã, a principal delas sendo o **atraso (timing)** no irrompimento deste processo, em relação às demais economias européias ocidentais. Em um século, a Alemanha alcançou consolidar a unificação nacional, abolir as instituições feudais como a servidão e tornar-se uma das maiores nações industriais.

A ausência de uma burguesia hegemônica na condução deste processo – sendo esta mais um resultado da industrialização do que seu pré-requisito – implicou na pequena penetração das idéias liberais. O desenvolvimento capitalista foi impulsionado por um Estado forte, burocratizado e intervencionista, que assegurava a coalizão entre as tradicionais elites agrárias e a emergente burguesia industrial.

Outra característica marcante foi a radicalização do movimento operário alemão que se opunha à introdução de reformas no capitalismo, inclusive as sociais, direcionando seu projeto político para uma transformação revolucionária.

O papel de árbitro destinado à burocracia estatal na condução de uma coalizão não hegemônica é o fator explicativo do papel preponderante e pioneiro assumido pelo governo, com a ascensão de Bismarck, na proposição e implementação da legislação social.

Se é certo que esta legislação referente ao seguro social teve origens nas pressões vindas de baixo, também é certo que o Estado concedeu-a como forma de diminuir o potencial revolucionário das classes trabalhadoras. Sua preocupação central não era a criação de novos direitos sociais, consistentes com o desenvolvimento de uma cidadania universal, mas com a preservação da relação patriarcal entre indivíduo e Estado. Em certo sentido, os direitos sociais foram garantidos para prevenir o possível alargamento dos direitos sociais.

Assim, o padrão de política social emergente em um contexto de industrialização retardatária é marcadamente distinto daquele que se originou na liberal-democracia, o que é refletido em seu formato institucional e nas relações políticas e jurídicas que o conformam.

Com relação ao formato institucional, o seguro social alemão assemelhou-se à estrutura dos seguros privados, caracterizando-se:

- quanto ao financiamento: contribuições dos empregados, dos empregadores e do Estado;
- quanto à administração: comitês corporativos com representação de empregados e empregadores sob o controle estatal, realizado por meio de um aparato burocrático, refletindo a idéia do Estado como árbitro entre os conflitos de classe;
- quanto aos benefícios; diferenciados de acordo com a contribuição, isto é, um seguro de natureza contratual ao invés de um mínimo vital como direito universal. É neste sentido que se pode afirmar que tal seguro é um mecanismo de reprodução das desigualdades existentes e geradas na esfera da produção, embora tenha um caráter de política compensatória face às maiores discrepâncias ali originadas.

A adoção deste princípio de manutenção do **status** do individuo significa que o

sistema previdenciário passa a ser um instrumento de perpetuação das desigualdades existentes durante o período de vida ativa do indivíduo.

A inexistência de um mínimo vital faz com que o movimento em direção à universalização da cobertura se dê pela progressiva incorporação de categorias profissionais anteriormente excluídas do sistema, tais como camponeses, artistas, profissionais liberais, etc.

Assim, embora o escopo de benefícios oferecidos pelos sistemas de proteção social dos países centrais tenha se tornado progressivamente muito similar, há que diferenciá-los do ponto de vista do seu significado jurídico e político. Segundo Abranches (18), os sistemas difeririam quanto ao grau de iniqüidade embutido em cada um deles, onde os benefícios caracterizariam-se ou **como privilégios garantidos pelo Estado** ou **como direitos de cidadania.**

3 – LIMITAÇÕES IMPOSTAS À CIDADANIA NA SOCIEDADE MODERNA

Independentemente do modelo adotado nos países centrais, se o seguro social ou o **Welfare State**, certo é que ambos os sistemas expandiram-se nos últimos 50 anos, tanto em termos da sua cobertura quanto em relação ao tipo e valor dos benefícios concedidos. Esta expansão representou também um crescente aumento dos gastos públicos com o sistema social, chegando a representar cerca de 30% do total dos gastos públicos na Inglaterra.

As vinculações deste processo com dois outros fenômenos – o ascenso do ciclo econômico possibilitado por uma política Keynesiana e o predomínio político da social democracia – constituíram o tripé no qual assentou-se o desenvolvimento capitalista europeu.

Economicamente, o Estado de Bem-Estar Social casava-se com a política Keynesiana mais geral, supondo um mecanismo de ajuste entre oferta e demanda através do pleno emprego e das medidas assistenciais. Supunha-se que esta adequação se daria na medida em que, uma política econômica ativa estimularia o crescimento econômico, donde resultaria maior volume de impostos, o que permitiria a ampliação controlada dos programas sociais, o que estimularia o consumo, etc., fechando o ciclo.

Recentemente, face à grave crise econômica mundial que marcou a década de 70 e segue assolando as economias periféricas nos anos 80, todo este sistema político e econômico veio a ser questionado, e a evidência maior foi a eleição e posterior reeleição dos governos Reagan, nos Estados Unidos, e Tatcher, na Inglaterra, de características autoritárias e com políticas de corte dos gastos públicos e nos programas sociais.

Politicamente, o colapso da social-democracia nos marcos de uma profunda crise econômica caracteriza-se por um enfraquecimento das instituições que foram o baluarte da democracia como, por exemplo, o sistema partidário, que passou a enfrentar a preponderância do Executivo sobre os poderes Legislativo e Judiciário e o desenvolvimento de uma tecno-burocracia portadora de um saber que viabiliza e fortalece o poder central.

Para Bobbio (19), existiriam, hoje, quatro paradoxos inerentes ao desenvolvimento da própria democracia, e que se colocam como limites objetivos à sua expansão: "O primeiro paradoxo da democracia dos modernos, contraposta à democracia dos antigos (para repetir uma célebre distinção), nasce daí: pedir mais democracia em condições objetivas sempre mais desfavoráveis. Há muito tempo nos foi explicado que nada é mais difícil que fazer respeitar as regras do jogo democrático nas grandes organizações: e as organizações, a começar pela estatal, tornam-se sempre maiores.

Um segundo paradoxo, ainda mais complicado, nasce do fato de que o estado moderno cresceu não somente em dimensões

mas também em funções, e cada aumento das funções do Estado foi resolvido com um crescimento do aparelho burocrático, isto é, de um aparelho de estrutura hierárquica e não democrática, de poder descendente e não ascendente.

Um terceiro paradoxo – o mais macroscópico – é conseqüência do desenvolvimento técnico característico das sociedades industriais, não importa se ligado à economia capitalista ou socialista, isto é, o fato de terem aumentado nestas sociedades, de forma sempre mais acelerada, os problemas que exigem soluções técnicas e não podem ser confiados senão a especialistas, de onde deriva a freqüente tentação de governar unicamente através de técnicos ou da tecnocracia.

Considero um quarto paradoxo, quarto e último, o que nasce do contraste entre processo democrático e sociedade de massa. A democracia pressupõe o livre desenvolvimento das faculdades humanas. O resultado da massificação de que sofrem todas as grandes sociedades é o conformismo generalizado".

Os limites ao desenvolvimento da democracia encontram sua explicação na etapa atual do capitalismo, o capitalismo monopolista de Estado, no qual a nova articulação que se estabeleceu entre o poder econômico e o Estado colocou-se em contradição ao pressuposto liberal de um Estado fundado no pacto contratualista. Neste sentido, a crise social-democrata é uma crise acentuada pela conjuntura recessiva, mas que não obscurece seu caráter estrutural de aumento das funções econômicas estatais em detrimento das suas funções legitimadoras na medida em que subordina o aparato estatal ao processo de acumulação monopolista, impossibilitando exercício de polÍticas reformistas de cunho redistributivo. (20)

A incapacidade da social-democracia revitalizar-se neste contexto recessivo e de crise orgânica e de Estado tem aberto espaço para as forças conservadoras que rearticulam-se, ideológica e politicamente, em torno dos princípios liberais, em combate à feição democrática assumida progressivamente neste século.

Como um dos sustentáculos da proposta social-democrata, o **Welfare State** passa a ser objeto de críticas constantes, entre as quais podemos encontrar argumentos de pensadores de direita e de esquerda.

Ao tentar solucionar o problema da demanda macroeconômica, o **Walfare State** ampliou o problema da oferta, introduzindo uma rigidez no mercado de trabalho, incompatível com a lógica da acumulação capitalista. Segundo Claus Offe (21), "os salários são não apenas "rígidos" e "inflexíveis ao declínio", mas, além disso as provisões do estado do **Welfare** "desmercantilizam" em parte os interesses dos trabalhadores, substituindo o "contrato" pelo **status** e os "direitos de propriedade" pelos **"direitos do cidadão".**

Como conseqüência, o **Welfare State** contribuiria parcialmente como desestímulo ao trabalho, já que os esquemas rígidos de proteção tornam a mão-de-obra menos ajustada às variações estruturais e tecnológicas da economia.

O **Welfare State** funciona como um mecanismo de redistribuição da renda em favor dos setores monopolistas. As mudanças tecnológicas inerentes à produção monopolizada geram um execedente populacional relativo, que fica cada vez mais dependente do Estado: "Os programas de bem-estar (...) são financiados por fundos de verbas tributárias recolhidas nos setores de melhores remunerações – monopolista e estatal – sendo tais fundos canalizados, direta ou indiretamente, para as mãos da população excedente e para os órgãos oficiais, os burocratas; os profissionais liberais e outros que administram os programas previdenciários. Em outras palavras, a renda real dos trabalhadores do setor monopolista é aumentada pela socialização dos custos do investimento social e do consumo social e logo reduzido pela tributação e/ou infla-

ção necessárias ao financiamento das despesas sociais de produção tornadas indispensáveis exatamente pelo crescimento do setor monopolista". (22)

Como conseqüência do crescimento irracional do setor monopolista, cuja acumulação se faz acompanhar pelo desemprego e pobreza, o Estado assume o ônus da reprodução deste "excedente" populacional, socializando os custos dos investimentos sociais. O crescimento do setor estatal e da despesa estatal tornam-se, pois, imprescindíveis à acumulação lucrativa do capital monopolista.

A socialização dos custos e a apropriação privada dos lucros geram uma crise fiscal, ou uma "brecha estrutural" entre as despesas do Estado e suas rendas. O resultado é uma tendência para as despesas públicas cresceram mais rapidamente que os meios de financiá-las.

Embora o histórico do desenvolvimento das políticas sociais sugira uma espiral com um movimento ascensional que passa da forma assistencial, desenvolve o sistema de seguro social e realiza plenamente a cidadania no **Welfare State, diversos autores** têm chamado atenção para o caráter cíclico e fragmentado das políticas sociais.

Brunhoff (23) identifica a existência de políticas assistenciais sobrevivendo concomitantemente às políticas de bem-estar social. Nenhum dos países desenvolvidos teria eliminado tais políticas, e, para esta autora, tal anacronismo é uma função de classe. Desta forma, nega a hipótese de um curso ascensional da assistência ao seguro e, posteriormente, ao **Welfare,** e identifica a raiz da persistência das diferentes modalidades na própria fragmentação da classe trabalhadora, em face da coexistência de diversas formas de extração da mais-valia; formas não mercantis convivem com a extração da mais-valia absoluta e da mais-valia relativa.

Finalmente, a crise financeira dos sistemas de bem-estar social tem sido atribuída às alterações econômicas e demográficas que os responsáveis pela planificação social não puderam antever nos tempos de prosperidade que se seguiram ao pós-guerra. Esperanças de vida mais longa fazem subir os custos dos cuidados de saúde e das pensões de velhice, enquanto que um declínio da taxa de natalidade está sobrecarregando com impostos cada vez mais elevados os trabalhadores que devem suportar um sistema cada vez mais dispendioso. A competição comercial e industrial do Japão e Estados Unidos corroeram a prosperidade européia, sendo cada vez maior o número de desempregados que vão sobrecarregar os orçamentos do fundo de desemprego e das pensões de invalidez.

Fica cada dia mais clara a complexa relação entre Estado, previdência e desenvolvimento, entendido não apenas como crescimento econômico mas também pela sua orientação por uma melhor distribuição e redistribuição da riqueza social. A crise atual não se alterará enquanto as velhas indústrias européias continuarem em declínio e o desenvolvimento econômico for regredindo dia-a-dia.

Enquanto isso, os governos buscam enfrentar a crise com medidas paliativas que convergem para a desmontagem do **Welfare State** (como a proposta expressa no **Green Paper**, na Inglaterra).

Ocorre que o limiar de cidadania consolidado nestes anos anteriores tem-se tornado um obstáculo real à implementação das políticas liberais, que tentam romper a associação historicamente forjada entre liberalismo e democracia.

4 – DESENVOLVIMENTO DOS DIREITOS SOCIAIS NO BRASIL

No caso brasileiro, o desenvolvimento dos direitos sociais assemelha-se ao padrão autoritário que analisamos, no qual a conquista da cidadania se dá de forma a fragmentar a classe trabalhadora, concedendo benefícios como privilégios de certas frações, como parte de um projeto de corporativização do movimento operário e sindical.

Embora existam diferenças quanto às lutas empreendidas pela conquista dos direitos sociais em setores específicos, que corresponderam, inclusive, a maiores ou menores avanços na legislação social brasileira, certo é que, da Primeira à Nova República, observamos a consolidação de uma postura discricionária, cooptativa, centralizadora e privatizante na atuação estatal no campo das políticas sociais.

É importante lembrar que já a Proclamação da República ocorre em um contexto em que o liberalismo se disseminara na cultura política como princípio ordenador das relações políticas e sociais. Neste sentido, a Constituição de 1891, além de não estender os direitos políticos à maioria dos cidadãos (excluindo os pobres, seja pelo censo, seja pela exigência de alfabetização), representou um retrocesso em termos dos direitos sociais.

A exigência de alfabetização para o exercício dos direitos políticos foi acompanhado da retirada, do texto imperial, da obrigação do governo dar instrução primária. Também se retirou um dispositivo relativo à obrigação do Estado de promover os socorros públicos. (24)

Neste sentido, a negação dos direitos políticos e sociais consagrou o início de uma república liberal marcadamente anti-democrática.

Durante a Primeira República, a posição liberal-oligarca do Estado, consolidada na Constituição de 1891, implicava na sua não-intervenção nas questões sociais, o que tornava a legislação já existente na área trabalhista (jornada de trabalho, férias, trabalho do menor e da mulher, leis de acidentes) no mínimo, inócua. Foi a partir dos anos 30 que efetivamente se consolidou um projeto social estatal, embora a previdência social tenha surgido, na forma de caixas de aposentadorias e pensões, desde 1923.

Até a Revolução de 1930, a introdução da legislação trabalhista e previdenciária se dá em um contexto político de transição do liberalismo ortodoxo para uma postura neoliberal, como resposta à crescente demanda do movimento operário sindical urbano, que se expressa a nível parlamentar, especialmente na figura de Maurício de Lacerda. (25)

A derrocada do liberalismo a nível internacional, aliada à falta de um projeto do setor agroexportador, todavia hegemônico a nível da economia para regular as relações sociais e trabalhistas urbanas, acarretou a assimilação gradual pela Estado de diversas medidas de cunho regulador e assistencial, ao sabor das pressões internas e externas mencionadas.

Menos que o desenvolvimento da cidadania, situada nas esferas das relações políticas e de reprodução social, tratava-se de equacionar demandas relativas ao processo de produção na sociedade urbana.

A partir de 1930 a ordem liberal foi substituída por um Estado modernizador, sustentado por uma coalizão não hegemônica, composta de frações da oligarquia e a burguesia emergente, que vai caracterizar-se por uma postura autoritária associada a uma estrutura administrativa corporativa e um arcabouço político populista.

Uma breve e não exaustiva revisão do desenvolvimento dos direitos sociais a partir de então, em setores como educação, saúde, previdência e assistência, poderá ser útil para caracterizarmos o padrão de incorporação das demandas sociais brasileiro.

No setor de educação (26), a partir da realização da IV Conferência Nacional de Educação em 1931, um grupo de educadores assinou o "Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova", que representou o auge da luta ideológica na busca da universalização do direito à educação. O manifesto considerava que, embora o Estado não tivesse condições de implantar o monopólio da educação (basicamente nas mãos da Igreja Católica), deveria concretizar o direito de todos à educação, assegurando às camadas menos favorecidas o ensino público gratuito, obrigatório, leigo e em igualdade de oportunidades para homens e mulheres.

A luta empreendida pelos pioneiros da educação refletiu seus êxitos na Constituição de 1934, com exceção do ensino religioso que permaneceu facultativo, mas, três anos depois, com a instalação do Estado Novo, foi promulgada a Constituição de 1937, que minimizava o dever do Estado como educador. Só com a volta da normalidade democrática, a Constituição de 1946 retomou os princípios inspiradores da luta dos pioneiros. Ficou ali impresso que a educação é um direito de todos e é dever do Estado a prestação do ensino primário gratuito para todos, a organização do sistema educacional de forma descentralizada e a previsão de recursos mínimos para que o direito instituído fosse assegurado. A luta ideológica passou, então, a ser travada em torno da questão da relação do Estado com as instituições privadas (monopólio ou não), debate que se prolongou até o início do período autoritário, no qual a política social como um todo sofreu um redirecionamento em função da centralização, privatização e diminuição no orçamento público.

Esta história da luta pela cidadania no setor educacional é importante de ser lembrada porque a retomada do curso democrático no momento atual vai encontrar os setores sociais com diferentes legados históricos.

No caso da saúde, segundo Bastos (27), a primeira Constituição que define as responsabilidades específicas do Estado é a de 1934, no que se refere a:

- legislar sobre normas de assistência social e estatísticas de interesse coletivo e sobre o exercício das profissões liberais e ténico-científicas;
- cuidar da saúde e assistência pública;
- fiscalizar aplicação das leis sociais (cemitérios);
- garantir na legislação trabalhista a assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante.

Incumbe a União, estados e municípios a:

– estimular a educação eugênica;

– amparar a maternidade e a infância;

– adotar medidas legislativas e administrativas, tendentes a restringir a mortalidade e morbidade infantis, e de higiene social, que impeçam a propagação de doenças transmissíveis;

– cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais;

– a União organizará o serviço nacional de combate às grandes endemias do país, cabendo-lhe o custeio e direção técnica;

– obrigatoriedade do amparo à maternidade e infância, para o que a União, os estados e os municípios destinarão 1% das rendas tributárias;

– regulamentação da prova de sanidade física e mental dos nubentes;

– uso de parte dos fundos de educação para assistência alimentar, dentária e médica;

– regulamentar a utilização de terras públicas em regiões de fronteiras (vigilância sanitária);

– garantir a aposentadoria aos funcionários vítimas de acidente no trabalho ou atacados de doença contagiosa ou incurável.

Já a Constituição do Estado Novo, em 1937, restringiu a competência anteriormente mencionada:

– à União: legislar sobre as normas de defesa da proteção de saúde, especialmente da saúde da criança;

– aos estados: legislar para suprir deficiências locais em assistência pública, obras de higiene, casas de saúde, clínicas, estações de clima e fontes medicinais;

– os municípios administração os cemitérios;

– a legislação do trabalho seguirá o preceito de prestar assistência médica ao trabalhador e à gestante e o repouso antes e depois do parto;

– garantir o exercício das profissões liberais só para brasileiros natos e naturalizados.

A Constituição de 1946 atribui à União a organização da defesa permanente contra

as grandes endemias e a legislação sobre seguro e previdência social e sobre a defesa e proteção da saúde, sobre o exercício das profissões, sem exclusão da legislação estadual supletiva ou complementar. Assegurou a autonomia dos municípios quanto à organização dos serviços públicos locais, sem especificar os serviços de saúde e assistência. Assegurou o direito à assistência sanitária, inclusive hospitalar e preventiva, ao trabalhador e à gestante. Restabeleceu artigo da Constituição de 1934, que torna obrigatória a assistência à maternidade, infância e adolescência e os vencimentos integrais para aposentadoria de funcionários vitimados por acidentes ou moléstias profissionais contagiosas ou incuráveis.

A Constituição de 1967 introduziu as inovações de organizar a polícia federal para combate ao tráfico de entorpecentes; a competência da União para estabelecer planos nacionais de saúde e celebrar tratados e convênios com Estados estrangeiros e organizações internacionais, além de permitir a colaboração entre entidades religiosas e o Estado. Assegurou a autonomia municipal quanto à organização dos serviços públicos locais, facultando aos três níveis da organização (União, estados e municípios) a arrecadação de taxas pela utilização dos serviços públicos. Fica-lhes, no entanto, vedada, a criação de impostos sobre os mesmos. Assegurou o direito à assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva aos trabalhadores através da previdência social.

Uma breve revisão destas Constituições pode mostrar-nos que a legislação sobre a questão da saúde foi de evolução lenta, de natureza vaga e de caráter discriminatório. Não se alcançou em nenhum momento imprimir na Carta Magna o direito à saúde como inerente à cidadania e o dever do Estado na garantia do seu gozo.

Ao contrário, a assistência médica apenas foi garantida aos trabalhadores e dependentes vinculados ao sistema previdenciário, criando uma situação de pré-cidadania para todos os demais brasileiros quanto ao direito à saúde.

Na medida em que não se alcança o desenvolvimento de direitos universais de cidadania, sendo os direitos previdenciários restritos à condição de cidadania regulada pela inserção do indivíduo no processo de trabalho, e que mesmo o direito à educação não é assumido realmente pelo Estado, a questão social vai sendo canalizada para as medidas e instuições de cunho assistencial.

Inicialmente, estas instituições têm origem na atuação de grupos voluntários religiosos e humanistas, reservando-se o Estado o papel repressor da pobreza (vide criação do SAM), coerente com a percepção deste fenômeno como uma disfunção pessoal.

Progressivamente, "o Estado se insinua nesta rede enquanto agente de apoio, um tanto obscuro, ou de fiscalização". (28) Tais serviços assistenciais incluíam tanto a assistência à saúde quanto a assistência social.

O surgimento do serviço social enquanto função pública data de 1938, com a Organização Nacional de Serviço Social e a Legião Brasileira de Assistência, reconhecida como órgão de colaboração com o Estado em 1942, assegurando estatutariamente sua presidência às primeiras damas da República.

A inclusão da função assistencial no aparelho estatal não vai, no entanto, alterar a sua substância e modelo de atuação. O mesmo sentido paternalista e repressor caracteriza a assistência estatal, que busca uma simbiose com o voluntariado privado, descaracterizando o benefício como direito social. O consumo de bens assistenciais não se insere no escopo da cidadania, mas sim como uma intervenção benevolente nas disfunções que a "comunidade" não alcança solucionar.

Na década de 40, as funções assistenciais estão centradas na LBA e no Departamento Nacional da Criança, do Ministério da Saúde, aos quais vão somar-se a criação

do SENAI (1942) e SESI (1946), com uma nova perspectiva de associação dos esforços públicos e empresariais em torno do objetivo de promoção social.

As diferentes conjunturas políticas que se sucederam nas décadas seguintes não foram suficientes para alterar a natureza da assistência social, considerada como benefícios prestados aos pré-cidadãos.

A criação da FUNABEM, em 1964, e a incorporação de um discurso preventivista e educativo na formulação da Política Nacional do Bem-Estar do Menor coadunaram-se mais propriamente na perspectiva centralizadora e tecnificante do autoritarismo, associadas à ideologia de segurança nacional e controle social, do que em uma efetiva mudança nas práticas repressoras relativas à "marginalidade social".

A inserção das políticas assistenciais no interior do sistema institucional previdenciário, com a criação do Ministério da Previdência Social em 1974, vai colocar mais contradições do que as que pretendeu resolver.

Resta-nos agora considerar brevemente o desenvolvimento dos direitos e instituições previdenciárias para buscar caracterizar a situação atual das políticas sociais.

O surgimento da Previdência Social, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, em 1923, criando as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) para os empregados das empresas de estradas de ferro, definiu os contornos e contradições da nossa política social. Dirigida para uma fração restrita da classe trabalhadora, excludente em relação à maioria da população rural e urbana, baseada na relação contratual característica do seguro privado e abrangente quanto ao conjunto de benefícios concedidos.

Assim, ao lado dos benefícios tradicionais de aposentadorias e pensões, compatíveis com um regime financeiro de capitalização, foi concedida a assistência médica, de natureza basicamente redistributiva. A Lei Eloy Chaves instituiu os seguintes benefícios, nesta ordem: 1º) assistência médica, inclusive aos familiares do segurado; 2º) medicamentos a preços especiais; 3º) aposentadoria; 4º) pensão.

No entanto, nunca foi estipulado um percentual da receita destinado a cobrir os custos da assistência médica, ficando resguardado este benefício "na medida das possibilidades orçamentárias". Esta fragilidade vai refletir nas variações impostas às despesas com assistência médica em cada conjuntura política e institucional, que aumentam ou diminuem em função de pressões políticas e não em base a uma política previdenciária relativa à saúde dos beneficiários.

A partir da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) na década de 30, assistimos ao desenvolvimento de algumas tendências que marcaram até os dias atuais a trajetória previdenciária: a progressiva incorporação destas instituições ao aparelho estatal, em um processo de crescente centralização e burocratização, a extensão da cobertura a outras categorias ocupacionais, a diminuição relativa das fontes de custeio e sua concentração na folha salarial (as empresas passaram da contribuição sobre o faturamento para uma porcentagem da folha salarial, e a União reduziu progressivamente sua participação no custeio de 33% para 10% para cobrir apenas os custos da administração) e, finalmente, a vulnerabilidade dos recursos previdenciários a conjunturas econômicas recessivas e/ou a injunções políticas.

À época dos IAP's, consolidou-se um padrão de discriminação da classe trabalhadora em termos de distintas cidadanias, desde a condição de pré-cidadãos a que ficou relegada a população rural e a maioria da urbana, até a concessão de benefícios diferenciados em função do poder de barganha de cada categoria ocupacional vinculada à Previdência.

A tendência à homogeinização dos benefícios no interior do sistema previdenciário decorreu tanto na pressão exer-

cida pelas demandas dos beneficiários em um contexto de legitimação do populismo (como ficou assegurado legalmente através da Lei Orgânica da Previdência Social) quanto da já apontada tendência à centralização e controle do sistema pela burocracia estatal (alcançada com a criação do INPS no período dos governos autoritários).

Neste sentido, podemos afirmar que, desde a sua origem, a Previdência Social combinou de forma contraditória um modelo de seguro social com a concessão e ampliação progressiva de benefícios assistenciais. Diferentemente do modelo do Estado de Bem-Estar Social, onde a universalização da cidadania encontra uma correspondência com a base institucional e financeira através da definição do papel do Estado na garantia financeira, legal e institucional do exercício destes direitos, o processo brasileiro se dá de forma inversa. Financiado pelos trabalhadores (através da contribuição direta ou indireta via repasse dos empregadores ao preço dos produtos), gerido pelo Estado, subordinado a uma lógica de acumulação capitalista, a progressiva extensão da cobertura não alcança universalizar a cidadania, mas sim agregar distintas cidadanias.

A primeira característica marcante do período autoritário é a extensão da cobertura previdenciária, de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e ainda parte da população rural. A partir de 1973 são incluídos os trabalhadores rurais, as empregadas domésticas, os trabalhadores autônomos, etc.

A segunda característica do período foi a modernização do aparelho estatal destinado a lidar com políticas sociais. Este processo, que se inicia com a criação do INPS em 1966, consolida-se em 1974 com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, do Conselho de Desenvolvimento Social e do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social. É também deslocada da Previdência a função de capitalização, com a criação de novos mecanismos de poupança compulsória, como o FGTS e, posteriormente, o PIS/PASEP.

Todo este processo de modernização administrativa e institucional caracterizou-se por uma maior especialização de cada órgão ao lado de uma crescente centralização e concentração dos recursos institucionais, que foi coroado com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS, em 1978.

A criação destes novos mecanismos institucionais não alterou a estrutura básica da nossa política social, que continuou tendo como esteio a instituição previdenciária. Ao contrário, a tentativa de tratar da questão social de forma mais abrangente, fora dos limites previdenciários – evidenciada na criação do Conselho de Desenvolvimento Social – não teve êxito.

A terceira característica a ser mencionada trata da privatização da assistência médica previdenciária, processo que implicou em: a) reorientação da política nacional de saúde para uma prática médica curativa, individual, especializada e sofisticada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo; b) viabilização, pela Previdência Social, da criação de um complexo médico-industrial, responsável por elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos; c) desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado em termos da lucratividade, propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privado desses serviços, em detrimento da rede de serviços próprios da Previdência; d) organização da prática médica em moldes de relacionamento mais caracteristicamente capitalistas, passando a diferenciar a clientela a ser atendida em função da sua inserção na estrutura produtiva.

A quarta característica do período foi a ampliação das funções assistenciais da

Previdência, em termos da cobertura e dos benefícios, consolidando a associação entre Previdência e Política Social. Este processo tem seu momento de maior expressão a partir de 1974, quando a questão social torna-se estratégica para a política governamental, na tentativa de ampliação das bases de legitimidade do regime, ameaçadas com o início da crise econômica. A formulação de uma estratégia de desenvolvimento social vai ser corporificada no II PND – Plano Nacional de Desenvolvimento, que prega a prioridade para políticas sociais que possibilitem a distribuição mais eqüânime da renda, cuja concentração havia aumentado substancialmente nos anos recentes de grande crescimento econômico.

Sem querer discutir a ineficácia da formulação expressa no II PND, há que se considerar que este é um momento chave em que a problemática e as políticas sociais são tomadas como estratégicas no projeto de desenvolvimento.

Para além de uma mera ideologização, encontra-se no período um conjunto de medidas, seja quanto à expansão da cobertura, seja como aprimoramento dos mecanismos institucionais, que podem ser compreendidas como parte desta diretriz mais global acerca da política social.

As medidas mais significativas, quanto à efetividade do caráter universalizador e quanto à eqüidade, foram, sem dúvida, a criação do FUNRURAL**,** incorporando os trabalhadores rurais, a incorporação dos domésticos e autônomos e a criação da renda mensal vitalícia. Ora, o que se vê imediatamente é que as principais medidas de realização da nova diretriz de política social são parte de alterações ou expansão da estrutura previdenciária. Neste mesmo sentido se localizaria a inclusão da FUNABEM e LBA no SINPAS.

Assim, a política social vai sendo condicionada aos estreitos limites da sua base institucional previdenciária, quer como necessidade de expansão da cobertura (e talvez mesmo a incorporação de outras instituições em busca do aumento na receita previdenciária), quer como impossibilidade de ampliar as políticas assistenciais face ao desequilíbrio financeiro da Previdência Social.

Fora da estrutura previdenciária, encontramos poucas medidas consolidadoras da política social propugnada, e mesmo assim, tenderam a ser mais esporádicas que permanentes. Só recentemente, em 1982, o governo criou o FINSOCIAL, fundo administrado pela SEPLAN e gerido pelo BNDES. Este fundo destina-se a custear investimentos de caráter assistencial em alimentação, habitação popular, saúde, educação e amparo ao pequeno agricultor e, em 1983, esperava-se atingir um montante de US$ 1,2 bilhão. Mas já se podem perceber as dificuldades em usar tais recursos na implantação de nova diretriz, na medida mesma em que sua criação e gestão não obedeceram a uma estratégia mais definida de alteração da política social vigente, e sua aplicação deverá ser feita a partir da estrutura atual de execução de políticas sociais.

Voltando à questão da relação entre Previdência e Assistência, reafirmo a sua associação neste período, de sorte que a cobertura previdenciária passou cada vez mais a abarcar setores marginais ou externos à estrutura produtiva. No entanto, não houve um rompimento da cidadania regulada como relação de direito e organização social, já que os programas assistenciais foram preservados como "atípicos"**,** dentro do padrão de seguro social dominante.

A meu ver, o não-rompimento desta estreita base financeira e institucional, em direção a uma política social globalizante, é responsável pela fragilidade e instabilidade destas medidas, face a um quadro de desequilíbrio financeiro crônico da Previdência Social.

Além disso, a inclusão de medidas assistenciais e mesmo de benefícios desvinculados de uma contribuição pretérita (FUNRURAL, renda mensal vitalícia, não foram suficientes para conformar uma re-

lação de cidadania universal baseada na garantia de um direito social justo e equânime.

A política assistencial jamais deixou de ser executada e pautada em uma relação de "cidadania invertida", na qual o indivíduo entra em relação com o Estado no momento em que se reconhece como um não-cidadão, carecendo de atributos jurídicos e institucionais que lhe assegurem o gozo dos benefícios.

Com relação à assistência médica e mesmo aos direitos securitários de aposentadorias e pensões, persistem as exclusões e diferenciações através da coexistência de regimes distintos e do acesso diferencial aos serviços.

Na medida em que o sistema previdenciário foi se tornando altamente centralizado no período autoritário, excludente na participação dos usuários na sua gestão e voltado para a compra de serviços médicos aos empresários da saúde, acentuaram-se as iniqüidades no acesso aos serviços de saúde. Além de serem preservados serviços diferenciados para militares e funcionários públicos, foram criados sistemas complementares de previdência e assistência para os executivos das grandes empresas estatais.

Desta forma, aumentaram as desigualdades no atendimento médico-hospitalar. Ao lado dos trabalhadores desempregados, ou subempregados, os quais permanentemente excluídos do sistema, ampliaram-se as desigualdades entre os que dele fazem parte, discriminando o acesso aos serviços por parte dos trabalhadores rurais, da população que vive na periferia das metrópoles, dos que habitam as regiões mais pobres.

A política social que deveria se pautar pelo dever do Estado na garantia do direito à saúde de forma **universal, equânime, redistributiva e descentralizada** conformou-se de modo invertido: o direito é só para os segurados e os serviços são fornecidos de forma a aumentar a desigualdade, a regressividade e a centralização.

As tendências originadas no bojo da crise financeira previdenciária, de racionalização do modelo de prestação dos serviços médicos e integração dos serviços públicos são alvissareiras, embora, isoladamente, incapazes de romper o padrão discriminatório da cidadania implantado. (29)

O projeto democrático passa necessariamente pelo rompimento das concepções tradicionais que ou subordinam o desenvolvimento social ao econômico ou os colocam como pólos antagônicos. Passa também por restabelecer o papel do Estado, desvinculando suas instituições dos estritos interesses de acumulação para restaurá-lo nas suas funções públicas.

a) Dever do Estado

A garantia dos direitos sociais é corolário do dever do Estado. Assim sendo, tratar-se-ia de redefinir as relações Estado/sociedade nesta nova conjuntura, adequando seu aparelho institucional às funções públicas.

Nesta conjuntura de transição torna-se necessário resgatar concomitantemente a liberdade e a justiça social. Neste sentido é que se afirma que há direitos que constituem **liberdades** e há direitos que constituem **poderes**, direitos sociais. Os que constituem liberdade implicam sempre afastamento do Estado, enquanto os direitos sociais requerem a intervenção de um Estado democraticamente controlado. (30)

É fato notório na assistência médica previdenciária que esta associação propiciou não só uma sangria de recursos através do mar de fraudes e corrupções, mas, talvez, o mais grave: a subordinação da política assistencial aos interesses privados, acarretando um sistema de serviços altamente concentrado, oneroso, especializado, descoordenado e potencializador das iniqüidades.

A saúde e, portanto, a assistência, são serviços essenciais e não podem ser vistos de outra forma do que como um **bem público**.

O que isto quer dizer em termos da configuração do Sistema Nacional de Saúde? Seria a sua estatização?

Não necessariamente. Há que considerar que a situação consolidada garante atualmente ao Estado (via recursos previdenciários) o controle financeiro, mas não se passa o mesmo com a oferta de serviços. Toda a política de sucateamento dos serviços públicos redundou no incremento dos serviços médico-hospitalares privados, que hoje mantém o predomínio indiscutível na oferta destes serviços.

Outra posição já conhecida buscava definir o papel do Estado como formulador da Política Nacional de Saúde, a ser executada de forma pluralista (ver Lei 6.229, do Sistema Nacional de Saúde). Parece-nos que seria ingênuo e pouco condizente com as análises anteriores defender esta proposta como o grande projeto da Nova República, quando sabemos que a lógica da acumulação, sem um controle público, entra em choque com as necessidades sociais.

Por outro lado, torna-se necessário alterar o próprio aparelho estatal conformado no autoritarismo, para que ele possa vir a ser permeável ao controle da sociedade.

Um outro ponto importante é que o dever do Estado na garantia dos direitos sociais vai implicar necessariamente no rompimento desta política social restritiva em direção à universalização da cidadania. Ora, parece-nos impossível pensar que tudo isto ocorra mantendo a estrutura atual da Previdência, na qual o sistema reduziu-se a uma função bancária de compra de serviços. Por mais que se controlem as fraudes e os desmandos, que se estabeleçam parâmetros e se redirecione os recursos previdenciários, isto tudo ainda são mecanismos limitados, inerentes à estrutura e funções atuais da Previdência Social.

Há que se criar mecanismos mais adequados à nova relação que se propõe estabelecer, para além dos financeiros, que dêem condições de se efetuar uma política social democrática. O controle financeiro é necessário mas não suficiente, tornando-se imprescindíveis as redefinições de nível jurídico desta nova relação.

Já existem experiências na sociedade brasileira em que serviços essenciais, como os transportes e telecomunicações, são monopólios estatais, sendo a prestação de serviços realizada por empresas privadas, consideradas, como concessão. Neste caso, o serviço é assumido como um bem público essencial, permitindo ao Estado mecanismos legais de controle e intervenção sobre os prestadores privados. É necessário avaliar a aplicabilidade destas experiências ao setor saúde.

É claro que o outro lado da medalha é exatamente a democratização do próprio Estado, para que um controle social efetivo seja exercido, de maneira transparente, desconcentrada e descentralizada.

Só assim será possível redefinir a política nacional de saúde de maneira efetiva, atribuindo ao Estado democrático a competência não só de normatização e financiamento, mas de real controle e dever de assegurar a universalização do direito à saúde.

b) As Democracias Possíveis

O caráter da democracia que a sociedade brasileira anseia em construir ainda é uma grande interrogante. A resultante das relações que se colocam hoje na cena política definirá as possibilidades e limites deste processo e, portanto, do grau e formato da cidadania que se pretende assegurar.

Para Busser Pereira, (31) delineiam-se atualmente dois pactos alternativos: um "liberal-burguês" e outro "democrático-popular".

O pacto liberal-burguês teria como base a grande burguesia. Teria apoio decisivo da média burguesia conservadora, inclusive a que pretende ser liberal porque ao mesmo tempo que é democrática repudia a intervenção do Estado na economia. E teria como massa de manobra os trabalhado-

res não organizados politicamente. A tecno-burocracia teria também, obviamente, um papel no pacto liberal, porque a burguesia necessita de técnicos e administradores, mas seu papel será reduzido, na medida em que a burguesia adota uma posição contraditória em relação ao Estado e às grandes organizações burocráticas.

De um lado, apóia-se nos tecnoburocratas públicos e privados e no Estado para garantir a sua acumulação de capital; de outro, faz a crítica sistemática e apaixonada do estatismo e da tecnocracia".

Este pacto será necessariamente conservador em termos econômicos e sociais, já que pretende bem mais aperfeiçoar a ordem existente do que superá-la. Com relação às classes trabalhadoras, alguns ganhos limitados poderão ser conquistados nas franjas de uma política econômica continuísta, mas como decorrência de pressões políticas dos setores organizados e da cooptação das massas sem organicidade chamadas a legitimar governos liderados ao estilo neopopulista.

O pacto democrático-popular "não terá o apoio da grande burguesia, a não ser de alguns setores industriais. Terá amplo apoio da média burguesia progressista, que alia aos valores democráticos as preocupações com justiça social, contará com apoio decidido da classe média tecnoburocrática que administra e coordena as grandes organizações privadas e, principalmente, públicas".

A participação dos trabalhadores organizados é condição de legitimação deste pacto, que pretenderá mudanças na política econômica a partir da retomada do crescimento econômico e de uma melhor distribuição de renda.

No entanto, é preciso ter clareza de que em nenhum dos dois pactos a classe trabalhadora estará em condições hegemônicas. Ao contrário, a burguesia preserva o controle dos aparelhos ideológicos formadores da opinião pública e a carência de partidos políticos fortes identificados com a classe trabalhadora inviabiliza a transformação da consciência emergente de cidadão em um projeto político orgânico. Outro fator que sempre atuará contra a formação de uma contra-hegemonia é o legado profundamente autoritário das nossas elites políticas, seja oriundo da burguesia, seja a própria burocracia mais progressista.

A questão da cidadania é cada vez mais um espaço crucial na luta política e ideológica, imprescindível para consolidação de uma efetiva transformação democrática. Neste sentido, a luta pela cidadania não será o resultado deste processo, mas sim o seu pré-requisito, já que a condição de articulação dos movimentos sociais urbanos e rurais com as reivindicações dos trabalhadores sindicalizados e que definirá as possibilidades da classe tiabalhadora integrar ou não um pacto democrático.

O resgate da cidadania iniciou-se recentemente com a extensão do direito de voto aos analfabetos e deverá prosseguir com a alteração do código de trabalho e da Lei de Greve. No entanto, só se consolidará com a ampliação universal dos direitos sociais, fato que, além de definir uma nova situação para os trabalhadores, implicará na alteração do modelo econômico de desenvolvimento e na reposição da questão da autonomia nacional.

NOTAS E BIBLIOGRAFIA

(1) O DONNWELL, Guillermo. "Tensões do Estado Autoritário-Burocrático e a Questão da Cidadania", in COLLIER (org.) **O Novo Autoritarismo na América Latina**. RJ, Paz e Terra, 1982.

(2) CARDOSO, F. Henrique. – **Autoritarismo e Democratização.**

(3) WEFFORT, F. – **Por que a Democracia?** SP, Brasiliense, 1984.

(4) COUTINHO, C. Nelson. **A Democracia como Valor Universal.** SP, Ciências Humanas, 1980.

(6) "El pluralismo del que habla el Partido Comunista Italiano considera la amplitud de las alianzas entre

fuerzas sociales diversas y no carentes de contradicciones entre sí – que es preciso realizar para derotar al capitalismo monopolista considera necessario que tal pluralidad se expresse también en el plano político, en una pluralidade de partidos. Que se expresse en el plano cultural. Así, el pluralismo exije una pluralidad de instituciones estatales, en cooperación y en pugna entre si (parlamento, consejos regionales, municipales, consejos de barrio, instituciones democráticas de base en los lugares de trabajo). Pero tal pluralismo es un medio y un objetivo de lucha. En lugar de contradecir la **hegemonia** del proletariado, la exige, como guia para la constructión de la alianza de esta pluralidad de fuerzas sociales, politicas y culturales" GRUPPI, L. "La Propuesta del Compromisso Histórico". **In: El Compromiso Histórico**, vários autores, Barcelona, Grupo Editorial Grigalbo, 1978.

(7) FALLETO, E. Opciones Democraticas en America Latina – **Temas y Problemas.** Cendes, Venezuela. Mimeo, 1981.

(8) BRESSER, Pereira L. **Pactos Políticos do Populismo à Redemocratização.** SP, Brasiliense, 1985, p. 111

(9) BOBBIO, N. **Qual Socialismo? Discussão de uma Alternativa.** RJ, Paz e Terra, 1983, p. 32.

(10) IBIDEM, p. 79.

(11) Citado em SPOSATI e outros – **Assistência na Trajetória das Políticas Sociais Brasileiras**. SP, Cortez, 1985, p. 35

(12) PEIRANO, M. "Documentos e Identidade Social – Reflexões sobre Cidadania no Brasil" **In: Série Antropologia Social**, nº 30, Brasília, 1982, p. 3

(13) LANDI, Oscar "Sobre, Linguages, Identidades y Ciudadanias Políticas" **In:** AECHNER, Norbert e outros. **Estado y Política en América Látina.** México, Siglo Veintiuno, 1981, p. 174.

(14) MARSHALL, T. H. **Cidadania, Classe Social e Status.** RJ, Zahar, 1967.

(15) BUCI-GLUCKSMAN, C. **Gramsci e o Estado.** RJ, Paz e Terra, 1980, p.79

(16) MARSHALL, T. H. Op. cit, p. 63-64

(17) As referências históricas foram baseadas no trabalho de RIMLINGER, G. **Welfare policy and Indus-trialization in Europe, America and Russia.** New York, John Wiley and Sons Inc., 1971.

(18) ABRANCHES, S. **The Politics of Social Welfare in Latin America.** IUPERJ, RJ, mimeo.

(19) BOBBIO, N. Op. cit. p. 59-63

(20) INGRAO, P. **As Massas e o Poder.** SP, Brasiliense, 1980, p. 107.

(21) OFFE, Claus "A Democracia Partidária Competitiva e o Welfare State Keynesiano: fatores de estabilidade e desorganização". **In: Revista DADOS.** RJ, vol. 26, nº 1, 1983, p. 41

(22) O'CONNOR, J. **USA: A Crise do Estado Capitalista.** RJ, Paz e Terra, 1977, p. 167.

(23) BRUNHOFF, S. **E'tat et Capital – Recherches sur la Politique Economique.** Paris, Maspero, 1976.

(24) CARVALHO, J. M. – "Repúblicas e Cidadanias" **In: Revista DADOS,** vol. 28, nº 2, 1985, p. 147.

(25) LACERDA, M. – **A Evolução Legislativa do Direito Social Brasileiro.** RJ, Nova Fronteira, 1980.

(26) ROMANELLI, O. – **História da Educação no Brasil.** RJ, Vozes, 1982.

(27) BASTOS, M. Vilela – "O Estado e a Saúde do Povo" **In: Revista Paulista de Hospitais.**

(28) SPOSATI e outros – Op. cit.

(29) Ver a respeito das questões tratadas neste item: FLEURY TEIXEIRA, S. M. "Assistência Médica Previdenciária – Evolução e Crise de Uma Política Social". Revista **Saúde em Debate,** nº 9, 1980.
——— – Previdência versus Assistência na Política Social Brasileira. **Revista DADOS**, vol. 27, nº 3, 1984.
——— – "Reorientação da Assistência Médica Previdenciária: um passo adiante ou dois atrás? **Revista de Administração Pública.** Jan./Mar., 1985, vol. 19, nº 1.

(30) Citação da conferência do jurista Prof. Domélio Aquino, promovida pela ABM, em 18/06/85, Salvador.

(31) BRESSER PEREIRA. **Op. cit.** p. 194/203.

O Dr. Ronei Edmar Ribeiro (Presidente) – Cumprimentamos os painelistas pela brilhante apresentação. Acho que é o momento de, após essa consagração popular, parabenizar a Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde, nas pessoas do Dr. Sérgio Arouca e do Dr. Otávio.

Passamos a palavra ao Dr. Honório Severo, Secretário-Geral do Ministério da Justiça, que aqui está representando o Excelentíssimo Ministro Paulo Brossard.

O Dr. Honório Severo – Senhor Presidente, senhores integrantes da Mesa, senhores participantes da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Meus senhores e minhas senhoras.

Minha presença neste ato, representando o Ministro da Justiça Paulo Brossard, é o testemunho que o Ministro e o Ministério da Justiça querem dar do reconhecimento da importância deste evento, que recolhe contribuições destinadas à formulação das diretrizes que deverão orientar a reorganização do sistema de saúde no nosso País.

O próprio momento em que se realiza este evento já traz marcado em si o signo da sua importância. No instante em que no nosso País busca construir uma nova nação e edificar um regime democrático sólido e duradouro, é importante que todos aqueles que cuidam dos problemas da saúde tracem os rumos desta nova etapa da vida nacional. E tanto maior é a significação deste evento quanto é certo que estamos vivendo um momento pré-Constituinte neste País.

Em breve, a Nação toda estará discutindo o novo pacto político que deverá concluir pela elaboração de uma nova Carta Constitucional, que redefina as instituições que deverão reger os destinos do Brasil neste final de século e começo do século vindouro.

Por isso mesmo, em nome do Ministro e no meu próprio, quero congratular-me com os participantes desta 8ª Conferência Nacional de Saúde e desejar-lhes pleno êxito na realização dos seus objetivos. Muito obrigado. (Palmas)

O Dr. Ronei Edmar Ribeiro – Agradecemos a participação do Dr. Honório Severo. A nós nos parece de extrema importância para esta Conferência que o Ministério da Justiça esteja envolvido nos seus propósitos e na certeza de que as propostas oriundas da Conferência para o redirecionamento do setor saúde no Brasil terão o apoio do Ministro da Justiça, de toda a sua Assessoria, do Secretário-Geral, para que não fiquemos em propostas elaboradas em papel e sem efetividade jurídica. Passo a palavra ao Padre Pedrinho Guarechi.

O Padre Pedrinho Guareschi – Prezados companheiros e companheiras, quero cumprimentar os apresentadores e,

como representante da CNBB, fazer uma rápida colocação. Acho que muita coisa do nosso próprio pensamento já foi expresso por alguns dos apresentadores.

O tema saúde é um tema muito caro, realmente, à Igreja, desde o próprio Jesus Cristo, que passou pela vida fazendo o bem, curando os doentes e pregando o Evangelho da justiça e da fraternidade aos pobres. E, no decorrer da história, a Igreja cumpriu um papel supletivo, subsidiário na área da saúde.

Ultimamente, principalmente a Igreja da América Latina, a Igreja do Brasil, está retomando o enfoque no tratamento da saúde, com o espanto, talvez, de muita gente. Gostaria de fundamentar isto.

Na percepção científica de que a nossa sociedade latino-americana e brasileira é constituída sob bases injustas, em estruturas que os documentos de Medellin, de Puebla e da Igreja do Brasil chamaram de estruturas de pecado, porque são estruturas de dominação e exploração, a Pastoral da Igreja tentou dar resposta para uma transformação dessas estruturas de pecado. É nesse sentido, então, que o enfoque no campo da saúde está sendo cada vez mais um enfoque organizativo do que um enfoque individual.

Vou me permitir ler aqui um parágrafo do texto da Campanha da Fraternidade deste ano, que ilustra um pouco esse aspecto, quando diz:

"A caridade tem três aspectos. O primeiro é a caridade assistencial, que consiste realmente em atender àquele que está necessitado. É o que se diz de dar o peixe. O segundo aspecto é a caridade promocional, que consiste em promover a pessoa. É o que se diz de ensinar a pescar. Numa situação como a nossa, onde as estruturas são de pecado, torna-se necessária, sem abandonar as outras duas, uma caridade que leve à mudança das estruturas, através da organização dos oprimidos, dos injustiçados e dos que lhes são solidários. Isto se chama de caridade libertadora, que é realmente uma caridade – quem sabe – a médio ou longo prazos, mas que poderá vir trazer uma mudança estrutural à nossa sociedade."

O papel, então, da Igreja, no campo da saúde, está, cada vez mais, se voltando à organização de grupos populares. A opção pelos pobres representa, no fundo, opção pelo mundo do trabalho.

Baseio-me, aqui, numa frase do Documento de Puebla e de João Paulo II, que diz: "Há ricos cada vez mais ricos, às custas de pobres cada vez mais pobres".

Então, a opção pelos pobres, no fundo, significa opção pelo mundo do trabalho, opção pelo trabalhador. Essa é uma exege-se correta, ao menos em 80% dos casos. A famosa opção pelos pobres, que causa terror a muita gente, é exatamente uma opção pelo trabalho. Então, organização do mundo do trabalho.

O papel da Igreja se situa exatamente no apoio, no incentivo, no impulso às organizações dos oprimidos e injustiçados, dos pobres, dos trabalhadores, num ato de confiança de que esse povo organizado vai poder dar sua resposta numa associação livre, autônoma, e não em associações pelegas ou ligadas ao Estado.

Dos 14 mil religiosos que trabalham no campo da saúde no Brasil, 4 mil mais ou menos já trabalham em organizações de base, numa medicina comunitária, numa medicina preventiva, numa medicina alternativa, numa medicina popular. As comunidades de base, quase todas elas, atuam também no campo da saúde, tentando recuperar a sua autonomia.

Vendo o título deste Seminário, entendo que realmente este Seminário tem um título altamente subversivo porque, na realidade, dentro de um sistema capitalista, quem manda é a mercadoria, é o lucro, e não exatamente a pessoa ou o cidadão.

O que desejamos é que realmente isso aconteça, que a saúde não se torne uma mercadoria.

Sabemos que há muito discurso, mas pouca prática. O nosso discurso é lindíssimo, mas quando chega o momento da ação, nós, realmente, recuamos muito. Quem sabe, a partir também da própria Igreja. E nós entendemos que é no apoio às organizações populares, na fortificação do povo, que passa a democracia. Um painelista dizia muito bem que é preciso recuperar a democracia. E a democracia passa pela organização popular.

Então, duvido muito que essa problemação individualista, os assim chamados "fiscais", vá resolver, quando se percebe que o povo está sendo desmobilizado em suas organizações de base. Isso pode ser muito prejudicial à nossa sociedade. Fazemos votos, então, que realmente os participantes possam tirar conclusões válidas, numa linha realmente de revolução dentro da nossa saúde.

O Sr. Néio Lúcio Fraga Pereira – Companheiros, em primeiro lugar, faço uma saudação à Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que pela primeira vez permite a participação dos movimentos populares organizados. Acho que isso é uma conquista da luta do nosso povo pela democracia.

Não podemos ter a idéia da cidadania como uma questão vaga, como uma questão em si. Ela tem de ser situada num momento histórico; ela é fruto das relações de classes em determinado momento. E isso surge, companheiros, no Século XVIII, com a Revolução Francesa e com as revoluções burguesas subseqüentes, que colocaram os direitos civis nas suas Constituições – como a liberdade e a igualdade.

Hoje, no Brasil, as camadas populares, os moradores dos bairros e favelas não têm direito à saúde, porque não têm direito a uma moradia decente, porque não têm direito à alimentação, porque são excluídos do mercado de trabalho. Por isso, esse conceito não pode ser vago. E, no nosso modo de ver, a questão da cidadania é uma conquista da luta do povo.

Entendemos, companheiros, que, fruto da luta do povo, fruto da luta dos trabalhadores, temos conquistado alguns direitos sociais como alimentação, habitação, educação e a liberdade de organização e expressão. Só assim o povo pode ter direito à cidadania.

Vemos, companheiros, que essa luta da saúde como um direito do povo e dever do Estado vem desde há muito sendo levantada pelos movimentos da área de saúde, pelos movimentos democráticos e populares. Achamos que no Brasil, hoje, para levarmos à frente essa bandeira, requer que tenhamos uma universalidade no atendimento, que tenhamos a regionalização, que tenhamos a participação organizada do povo, no sentido de planejar, de fiscalizar as ações de saúde.

Para isso, companheiros, é preciso que no Brasil haja um sistema único de saúde. Não pode haver, como há hoje, vários Ministérios, vários órgãos que cuidam da saúde, e que, fundamentalmente, a assistência à saúde seja tirada do bolso do trabalhador, para contribuição ao INAMPS e ao INPS.

Esse quadro tem que ser modificado; tem que haver um sistema único de saúde, em que o Estado brasileiro financie a saúde, e não os trabalhadores, com desconto compulsório.

Entendemos que deva haver um único Ministério, uma única organização para cuidar da questão de saúde, e que as verbas para isso devam vir do Estado. Acabar com o que existe hoje – aqueles que descontam para a Previdência Social é que sustentam basicamente a assistência à saúde. E é nessa luta que a CONAM vai se inserir.

Teremos agora o nosso III Congresso, que vai se realizar neste final de semana, aqui mesmo em Brasília, e saúde é um dos temas da discussão.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde está se dando preliminarmente à discussão da Assembléia Nacional Constituinte. Temos que assegurar que a conquista do direito à saúde seja inscrita no texto constitu-

cional. Entendemos que a conquista do direito à saúde passa também pela reorganização dos serviços de saúde. Além disso, passa pela luta pela reforma agrária, pela luta pela reforma urbana, pela suspensão do pagamento da dívida externa e rompimento com o FMI. De onde vai vir, companheiros, o financiamento da saúde, se hoje é uma sangria desatada do fruto do trabalhador brasileiro, para enriquecer as multinacionais e o imperialismo? Então, a compreensão que temos é que a luta pela saúde tem que ser incorporada junto com todas as lutas que o movimento social brasileiro está levando hoje.

Estamos vivendo um momento em que o povo brasileiro está dando mostras de maturidade política; quando convocado pelo Presidente da República a fiscalizar o congelamento dos preços, espontaneamente vai às ruas e faz isto. Não fico preocupado, não, companheiros. Isso é saudável, é o povo fazendo política. Temo, sim, que as organizações populares tomem a frente das lutas. Não vimos nenhum partido político, nenhuma entidade sindical, ou mesmo de moradores à frente da luta do povo na fiscalização.

O povo passou por cima das entidades. O que temos que fazer é estimular, sim, porque o povo aprende a fazer política é na luta concreta. Se hoje está fiscalizando os preços, ele vai também à luta pela reforma agrária, ele vai à luta também pela reforma urbana. É saudável, companheiros, que o povo brasileiro esteja na rua. Não temos medo do povo na rua. E a CONAN vai ter que fazer uma autocrítica e assumir, à frente do povo, essa luta.

Por isso, companheiros, o momento é de consolidar a democracia, é de o povo, unido e organizado, conquistar o seu direito à saúde, conquistar o seu direito à cidadania, que, necessariamente, não é uma dádiva, mas é uma conquista popular.

A Dra. Carmem Barroso – Eu queria cumprimentar os apresentadores pelas exposições tão claras e abrangentes, e trazer para o debate um ponto que até agora não foi tocado.

As mulheres brasileiras deram recentemente mais uma prova cabal de que o País pode contar com sua energia e dedicação sempre que delas necessitar.

Convocadas para fiscalizar o tabelamento de preços, peça fundamental da nova política econômica de combate à inflação, sua resposta foi imediata e retumbante. Armadas com a dignidade da cidadã que exige o respeito aos seus direitos, sem exigir remuneração por esse seu trabalho extra, as mulheres deram uma clara demonstração do seu potencial de luta e de mobilização. Mas não é somente na qualidade de consumidoras que as mulheres têm dado uma contribuição essencial para o País; sua participação política nas últimas décadas trouxe uma qualidade nova à construção da democracia. Nos momentos mais duros da repressão foram as mulheres que iniciaram o movimento pela anistia. E sua coragem e determinação também tiveram presença marcada no movimento de custo de vida e em todos os movimentos sociais que se espalharam nas cidades e no campo.

Também nas atividades produtivas a mulher brasileira tem participado lado a lado com o homem, embora enfrentando condições de trabalho ainda mais aviltantes do que as de seus companheiros. Especialmente no setor de saúde, as trabalhadoras mulheres são maioria, muito embora os cargos mais altos, os postos de decisão, os de maior prestígio e melhor remuneração continuem, em grande parte, a ser privilégio masculino.

Este é o primeiro ponto que sublinho.

O direito à saúde implica no direito a participar ativamente da formulação de políticas de saúde. E se vamos ultrapassar o nível da retórica vazia, que repete inúmeras boas intenções sem jamais agir no sentido de concretizá-las, ou seja, se há realmente a vontade política de democratizar a saúde, esta Conferência não pode terminar sem medidas concretas e imediatas para comba-

ter a quase total ausência de mulheres na definição das políticas de saúde.

Aqui, apesar de cumprimentar a Comissão Organizadora da Conferência, gostaria de chamá-la a uma autocrítica. Se olharmos o programa da Conferência, vamos contar 52 participantes como apresentadores ou debatedores. Desses 52, apenas duas mulheres. E a contribuição brilhante da Sônia mostra o que estamos perdendo. Para que se implementem medidas concretas e imediatas para combater essa ausência de mulheres na definição de políticas de saúde, não é suficiente proibir a discriminação. É preciso incentivar a participação das mulheres. Como disse a Sônia a respeito da Constituição, que deve ser discricionária, que deve proteger os que até aqui foram desprivilegiados, é necessário recrutar ativamente as mulheres para que assumam postos de responsabilidade, removendo os obstáculos que se acumularam ao longo de gerações.

Um dos grandes obstáculos à profissionalização da mulher em níveis mais altos é justamente a dificuldade de conciliar certo tipo de responsabilidade profissional com os serviços que a mulher presta gratuitamente aos elementos da sua família, na qualidade de dona-de-casa e de mãe. Ironicamente, muitos desses serviços, inclusive, são serviços de saúde.

Esta é uma sociedade patriarcal, onde até homens que se dizem progressistas consideram natural sobrecarregar suas companheiras, deixando quase inteiramente sobre os ombros femininos as responsabilidades domésticas. Não se pode negar que há uma minoria de mulheres que enfrenta desafios e luta contra todos os obstáculos. A existência dessas mulheres extraordinárias é alvissareira, mas não pode servir de álibi para a situação em que se encontra a imensa maioria das trabalhadoras de saúde neste País. A própria capacidade de luta dos trabalhadores de saúde depende da plena integração das trabalhadoras mulheres. Enquanto houver privilégios de sexo entre os trabalhadores, essa será uma classe dividida e enfraquecida. O segundo ponto que gostaria de levantar é talvez ainda mais importante. O direito à saúde implica em atenção especial às necessidades específicas de saúde de cada setor da população. As mulheres, por sua dupla carga de trabalho – no lar e fora do lar – e por seu papel especial de reprodutoras da espécie, apresentam problemas específicos de saúde que não podem ser ignorados pela rede de serviços públicos. Esses devem ser abordados de forma integrada, mas vou me concentrar na questão dos direitos reprodutivos, porque são eles o objeto de controvérsia. Há muitos anos que o movimento de mulheres tem desenvolvido uma luta em duas direções. De um lado, contra a ideologia controlista que tem inspirado entidades de planejarnento familiar que vêem na mulher apenas a sua função reprodutora, em desrespeito aos seus direitos como ser humano integral. De outro lado, a favor da implantação, pelo Estado, de serviços de saúde integral que atendam à mulher em todas as fases de sua vida, inclusive fornecendo informações e meios para a regulação de sua fecundidade, livre de interferências externas.

São essas ambas as lutas que têm sido trazidas pelo movimento de mulheres. São cruciais para assegurar às mulheres brasileiras o direito à saúde. E ambas estão intimamente ligadas. Não é possível combater as entidades privadas de planejamento familiar sem oferecer alternativas para milhares e milhares de mulheres que a cada dia recorrem a soluções desesperadas para limitar sua prole. Constituem graves problemas de saúde pública não só o aborto clandestino como também o uso indiscriminado de pílulas sem acompanhamento médico; o recurso extremo é a esterilização por falta de alternativas.

Esses graves problemas só poderão ser combatidos se o Estado oferecer serviços de qualidade, que incluam educação participativa, favoreça a cada um decidir por si próprio as questões fundamentais de sua vida

reprodutiva. Sua implantação é urgente e prioritária, pois visa corrigir uma situação de fato, já existente até nos mais afastados rincões deste País, conforme nos mostram as estatísticas.

Reconhecemos que o efetivo atendimento às necessidades de atenção de saúde das mulheres está ligado às mudanças gerais no setor. Isso não justifica que se deixe para depois, quando todos os problemas do sistema de saúde já estiverem resolvidos, a atenção às necessidades imediatas de saúde reprodutiva. Como salientou o Jairnilson, há limitações estruturais que se impõem pelo modelo existente, mas há medidas imediatas que têm de ser implantadas já. A epidemia de esterilizações que se espalha em todas as classes sociais está criando uma situação irreversível, que não pode aguardar condições ideais para a adoção de medidas preventivas.

Já está na hora de nos libertarmos de idéias que tiveram sua utilidade quando pesava sobre nós a ameaça de programas autoritários de controle da natalidade, mas que não têm mais sentido diante da nova realidade social e política do País. Já está na hora de reconhecer como parte do entulho autoritário a noção de que as mulheres precisam ter muitos filhos, para a grandeza da Nação. A maternidade e a paternidade são direitos individuais, não cabe ao Estado interferir nessas decisões, seja no sentido de restrição, seja no sentido de expansão da prole. A omissão do Estado evitando universalizar o acesso a informações e meios anticoncepcionais constitui autoritarismo tão odioso quanto aquele que sempre combatemos: a coerção para que os pobres tenham poucos filhos.

As mulheres brasileiras têm lutado pelo seu direito de escolha quanto ao número de filhos que desejam. Essa liberdade de opção está condicionada ao reconhecimento da função social da maternidade e da paternidade; essa liberdade de opção depende da criação de condições de vida dignas em todos os seus aspectos, inclusive em respeito aos direitos das mães e dos pais trabalhadores, e criação de creches em todos os locais de trabalho, nos hospitais, nos centros de saúde, nas fábricas, etc. Nesse ponto, também, não é possível esperar que condições ideais sejam criadas, para só depois garantir o acesso a informações e meios anticoncepcionais.

Já está na hora de revermos posições supostamente progressistas, mas que, na verdade, ignoram o clamor do povo e autoritariamente decidem que questões de vida ou morte para milhões de mulheres não são prioritárias.

Já está na hora de revermos posições supostamente progressistas, mas que se mantêm atreladas aos setores mais retrógrados da Igreja Católica, não os setores progressistas da Igreja que defendem a paternidade responsável, mas os que nunca admitiram o direito à liberdade de opção em qualquer domínio, que determinam que filmes podemos ver e que não admitem sexualidade desligada da reprodução.

Já está na hora de assumirmos corajosamente a defesa do direito da mulher à saúde, ao controle da sua reprodução, defesa esta que deve estar integrada na luta mais ampla para a construção da democracia, pela universalização dos direitos sociais, políticos e econômicos de todos os cidadãos.

Que esta Conferência não termine sem uma clara manifestação a respeito. Obrigada.

O Dr. Arlindo Chinaglia Júnior – Sr. Presidente, caros companheiros e companheiras de Mesa e do Plenário. Quando aqui estamos discutindo os direitos sociais dos trabalhadores dá-nos, até, a impressão que os direitos civis e os direitos políticos já foram conquistados no Brasil. Então, a CUT vem denunciar, de público, o assassinato de dirigentes sindicais rurais, inclusive na Nova República, que continuam impunes.

A CUT se manifesta fundamentalmente contra a maneira como foi convocada e a maciça propaganda de que vamos ter uma Assembléia Nacional Constituinte no Brasil.

Vamos ter, no máximo, uma emenda à Constituição, visto que essa convocação é fraudada na origem, é bicameral, e o poder econômico instalado no governo sob a égide, inclusive, de remover o entulho autoritário primeiro, na verdade serviu para a consolidação das classes dominantes na negociação de cargos, inclusive daqueles que fizeram discursos pelas diretas e traíram-nas no Colégio Eleitoral.

Preocupa-nos, fundamentalmente, que durante a 8ª Conferência Nacionai de Saúde, o mesmo episódio possa acontecer, porque a classe trabalhadora não tem ilusão sobre o estado de classe que defende os capitalistas.

A classe trabalhadora, na sua perspectiva imediata e histórica, confia na sua própria força e na sua própria luta. Isso não significa que a CUT tenha a ilusão de que, neste momento, tenhamos a força de mudar o caráter de Estado no Brasil. Cidadão no Brasil, hoje, não traduz e nem pode traduzir uma igualdade de classes. Se nós dissemos que os assassinatos estão impunes, mesmo aquilo que está promulgado na Constituição – que é a igualdade dos homens perante a lei – no Brasil há alguns que são mais iguais do que os outros. Pergunto: Nós não temos nenhum rico na cadeia; se assim é, como é que vemos a nossa participação nesta 8ª Conferência?

Há uma unanimidade com relação às precárias condições de saúde no Brasil; há uma unanimidade de que sem reforma agrária nós não vamos conseguir ter saúde; há uma unanimidade de que é necessária uma profunda reformulação do sistema nacional de saúde, mas, também, acredito, não pode haver nenhuma ilusão de que o fato de nós próprios presentes nesta 8ª Conferência assim pensarmos, teremos condições de reverter a relação de forças na sociedade, que se traduz com compromissos, inclusive, daqueles que hoje dirigem a Nova República, ao fazer uma Constituinte em que vai preponderar o poder econômico.

Nesse sentido, aproveitando aquela pergunta, qual é a estratégia que devemos ter, é bom lembrar que o pacote econômico não veio para zerar a inflação, ele veio para pagar a dívida externa brasileira que é a origem de todos os males dos brasileiros neste momento.

O pacote econômico que remarca durante seis meses, que permitiu que os preços fossem aos seus limites insustentáveis e que convoca a população para fiscalizar para que não haja mais remarcação – essa maciça propaganda tira da população a oportunidade de refletir que a tabela da SUNAB não somos nós que fazemos, que o circuito interno da economia não somos nós que controlamos, porque pode haver (e vai haver) a queda de produtos.

É comum a dona-de-casa hoje reclamar que o papel higiênico que ela encontra no supermercado é um papel higiênico de baixa qualidade.

O congelamento de preços era uma reivindicação da CUT, que na verdade tem o papel de propagandear, de fazer com que as classes trabalhadoras se organizem para fiscalizar e dirigir a sociedade. Entretanto, o congelamento de preços não é uma coisa dada e, tampouco, é fácil de ser fiscalizada. Vai começar a haver produtos novos no mercado; vai baixar a qualidade de produtos e, ao mesmo tempo, aquilo que iamos perder à prestação, perdemos à vista, que é o nosso salário.

Nesse sentido, ao discutir saúde, achamos que é fundamental discutir a relação de poder na sociedade; não acreditamos que qualquer povo e qualquer país terá condições plenas de saúde enquanto uma minoria de cidadãos continuar detendo o poder político do Estado – isso, em uma palavra, é o capitalismo.

A CUT acredita que as transformações sociais sob controle dos trabalhadores levará claramente a uma revolução, não só na saúde, mas à revolução no poder político, pois o controle dos trabalhadores é aquilo que, em última instância, vai garantir não

só a saúde como os direitos políticos e os direitos civis da grande massa trabalhadora.

Mas isso não está colocado no momento. No momento, na verdade, faz-se um discurso, e, na prática, faz-se uma aliança de classes, inclusive com a classe dominante.

Qual é a proposta com relação ao Imposto Sindical? Sob a égide de não dividir o movimento sindical, mantém-se o imposto sindical, que é a sustentação dos pelegos neste Brasil. Sob a égide de que a estatização pode ser autoritária podemos assistir á abertura da porta, escancaradamente, apesar do discurso, á iniciativa privada.

Então, Professora Sônia, defendemos a estatização sim, mas com o controte dos trabalhadores. Aí não haverá autoritarismo.

Portanto, convocamos aqui todos os presentes para defender a estatização e, ao mesmo tempo, defender a democracia do Estado, defender a participação dos trabalhadores.

Achamos que a estratégia não é a negociação a nível do poder de Estado, neste momento; a estratégia é a organização, a conscientização e a luta da classe trabalhadora.

Evidentemente que as questões estruturais não se resolvem com discursos. Entretanto, as nossas palavras visam marcar uma posição, um limite entre aquilo que se fala e aquilo que se faz. A luta pela democratização não foi feita em palanques, mas pela mobilização das massas trabalhadoras que acreditaram e foram traídas, foi a luta dos metalúrgicos do ABC simbolizando a vanguarda do movimento operário no Brasil. Nesse sentido, nós vimos aqui com a convicção de, ao mesmo tempo, marcar uma posição e fazer as alianças com os setores progressistas da sociedade. Sabemos que o que está sendo dito nesta 8ª Conferência, com maior ou menor audácia, já foi dito para públicos menores ou maiores em outros momentos, inclusive na época da ditadura militar.

Então, não nos causa nenhuma ilusão o fato da 8ª Conferência não ter um poder decisório. Na verdade, vai ser um marco político onde a manifestação da sociedade organizada, ainda que mal convocada, poderá minimamente tentar traduzir aquilo que amplas camadas da população pensam. Encaramos esse espaço como um espaço de debate, como um espaço político que deve ser absorvido e aproveitado da melhor forma possível, na consolidação da democracia, sim, mas através da conquista efetiva dos direitos civis, econômicos e sociais.

Perguntamos, então, aos brilhantes conferencistas qual a sua opinião com relação ao caráter de classe do Estado brasileiro e que propostas têm para que a classe trabalhadora assuma os destinos da nação?

O Dr. Bernardo Bedrikow – Companheiros, represento neste debate a Federação das Indústrias do Estado de São Paulo, não na quatidade de um dos elementos dos seus quadros, mas sim como um médico, há muitos anos, do Serviço Social da Indústria e do Setor de Segurança e Higiene do Trabalho. É natural que, em assim sendo, tenhamos a nossa vista voltada, sobretudo, para os aspectos ligados à saúde do trabalhador. Por outro lado, não tenho a pretensão de ser o porta-voz dos dirigentes dessas entidades, mas sim de me sentir, antes, como um portador de idéias que deverão a elas serem transmitidas para que as mudanças que esperamos ocorram efetivamente.

Reafirmo o que já disse em reuniões prévias a esta Conferência, de total apoio às teses aqui apresentadas e, sobretudo, àquela que diz respeito ao reconhecimento da saúde como um direito da cidadania, e é nesse sentido que me furto à necessidade de comentar cada um dos expositores, mas fazer a respeito do tema um comentário de caráter não pessoal, mas ligado à atividade profissional que neste momento personalizo.

Quando fui chamado, já há muitos anos, a prestar serviços ao SESI, em São Paulo, confesso que fiquei admirado ao perceber o interesse da entidade em servir à saúde dos trabalhadores e de seus dependentes. Tendo tido a oportunidade de sair

à rua com o propósito precípuo de modificar, para melhorar condições, métodos e locais de trabalho, reconheci nessa atividade uma prática desse direito da cidadania. Da mesma forma como reconheci, nessa época, 20 anos antes de qualquer legislação a respeito, a prática de atividades médicas dentro das empresas como uma expressão antes do que os profissionais podiam e sabiam fazer do que uma expressão de uma política dessas empresas no sentido da proteção da saúde dos trabalhadores. O que se fazia era o fruto do conhecimento e da habilidade desses médicos e não uma imposição das empresas em relação à sua ação.

Passaram-se os anos, veio a regulamentação, veio a obrigatoriedade. Vimos a demanda dos nossos serviços crescer e vimos o nosso pessoal treinado ser chamado a prestar serviços a outras instituições, a outras entidades, inclusive do Governo, inclusive do Sindicato dos Trabalhadores, e sentimos, hoje, com orgulho, que a atividade sindical, no campo da segurança, da higiene e da medicina do trabalho, foi iniciada em São Paulo com o auxílio de nossos antigos colaboradores.

Assistimos hoje a um clima de mudanças, mudanças que temos certeza que são essenciais, e mantemos o nosso firme propósito de contribuir para essas mudanças. Nesse sentido, por exemplo, em relação a unificação que reconhecemos como uma tese absolutamente apropriada, gostaríamos de deixar a mensagem de que esta unificação deva, também, ser coordenada. E assistimos já, neste momento, à criação de um certo número de comissões interministeriais, que se reúnem dentro de alguns Ministérios, junto a outras entidades, sem uma coordenação de suas atividades, perdendo, talvez, a oportunidade de construir uma mudança unificativa mais adequada e mais eficaz.

Cito, não para criticar, mas para utilizar como exemplo, uma portaria do mês de fevereiro deste ano, do Ministério da Saúde, que cria um grupo de trabalho destinado a traçar políticas nacionais de saúde do trabalhador, grupo de trabalho esse constituído de representantes da CUT, CONCLAT, CONTAG, DIESAT, Conselho Federal de Medicina, Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, Instituto Nacional de Controle da Qualidade, Universidade de Campinas, Universidade de São Paulo, e assessorada por elementos do próprio Ministério da Saúde.

Nossa mensagem é para que sintamos que teríamos como representantes um grupo de profissionais ligados à atividade das empresas, que poderia bem contribuir para o traçamento dessas políticas nacionais e que, pelos seus conhecimentos e experiência adquirida, trazer a visão do que foi a vida nessas mesmas empresas, no sentido do melhoramento que se espera.

Nesse prisma de mudanças, uma visão crítica de atividades me parece essencial. A figura que quero trazer é de um grupo de trabalhadores de qualquer ramo de atividade industrial, comercial, rural, e comparar esse grupo numeroso de trabalhores de pequenas empresas a um grupo semelhante, de grandes empresas. Semelhante em relação ao ramo de atividade, à sua composição. E não creio que iríamos encontrar uma diferença essencial no estado de saúde de uns e de outros. Os primeiros, desassistidos de programas de atenção à saúde onde esses programas vêm sendo econtrados há muitos anos. Será que esse grupo não foi convenientemente assistido?

A mensagem é a de que ambos deveriam ser bem assistidos, para que esse estado de saúde pudesse realmente melhorar.

Ainda neste sentido é que lanço esse apelo, para que o nosso papel como profissionais da saúde possa ser bem utilizado objetivando contribuir para que esses dois grupos possam continuar a ser comparáveis em uma saúde muito melhorada, o que nos leva a concluir que hoje nós nos deparamos com a necessidade dessas mudanças. E lançamos este apelo para que nessas mudanças esse grupo de profissionais, que trabalhou tal-

vez silenciosamente mas com sinceridade, possa realmente trazer uma contribuição eficaz. Muito obrigado.

O Dr. Francisco Antônio de Castro Lacaz – Senhor Presidente, companheiros da Mesa, companheiros do Plenário: O DIE-SAT agradece o convite para participar da 8ª Conferência. Nós gostaríamos de discutir um aspecto que foi abordado de passagem pelos expositores, que é o aspecto do direito à saúde no trabalho.

Entendemos que o direito à cidadania, o direito à saúde, é conquistado, não é doado, não é uma dádiva do Estado. No Brasil, hoje, nós temos um contingente muito grande de subcidadãos, de subempregados, desempregados, trabalhadores sem registro em carteira. Dentre a população economicamente ativa, de 45 milhões aproximadamente, nós temos em torno de 25 milhões que não têm registro em carteira.

Em relação à questão da saúde no trabalho, ela envolve aspectos não só de acesso aos serviços de saúde, mas de uma política social e de direitos e conquistas civis. Ela envolve, por exemplo, a estabilidade no emprego; o direito de greve; as condições de trabalho sob o controle dos trabalhadores; a informação e a conscientização dos riscos no trabalho; a reabilitação; os benefícios previdenciários e salários dignos.

Até fevereiro deste ano, para se comprar a cesta mínima, que era prevista para uma família de 4 pessoas, eram gastas 242 horas de trabalho.

Essas questões todas nos remetem a um aspecto fundamental que é a organização dos trabalhadores nos locais de trabalho, ou seja, as comissões de fábrica, as comissões de saúde com direito de terem o Delegado Sindical; as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes realmente eleitas pelos trabalhadores.

Um outro aspecto nessa questão é o controle que o empresariado tem hoje sobre a saúde dos trabalhadores; as empresas detêm o monopólio das informações, de saúde através do seu serviço especializado de Segurança e Medicina do Trabalho, através das próprias medicinas de grupo, e aí cabe um papel fundamental ao setor público no seu relacionamento com essas empresas de medicina de grupo. É fundamental que se encarem essas questões não como questões meramente técnicas, mas como questões políticas e que envolvem a organização dos trabalhadores e a organização dos trabalhadores a nível das fábricas.

Um aspecto que talvez possa ser considerado de menos importância, mas que também é fundamental, e eu chamaria a atenção para o fato, é o acesso dos trabalhadores aos exames de saúde, o que seria permitido pelas empresas. Mas isso não é verdade, não é isso que ocorre. Hoje os trabalhadores estão lutando a nível dos seus contratos coletivos de trabalho por esse pequeno direito que é o acesso a esses exames e ao resultado desses exames, porque muitas vezes esses resultados são manipulados pela empresa e utilizados para mandar os empregados para a rua.

Hoje, a Constituição brasileira fala de passagem sobre o acesso à assistência sanitária, e fala, também, num capítulo especial, sobre a questão da higiene e segurança do trabalho. O que vemos é que existe uma preocupação, realmente, nas últimas Constituições, com o ascpeto da higidez da forma de trabalho; não com a saúde da população como um todo, mas sim daquela população que realmente produz e dá lucros. A situação em que nós nos encontramos hoje, quando o processo e convocação da Constituinte realmente é um processo bastante questionável, onde a participação dos movimentos sociais e movimentos populares vai estar bastante restringida, é de avançar no sentido de conquistar a possibilidade de negociar os conflitos que existem na sociedade, não da forma como hoje está colocada na Constituição, encarando a sociedade como órgão homogênio, onde não existem conflitos de classe.

Entendemos que, na situação em que está o estágio de desenvolvimento da luta

dos trabalhadores, devemos avançar nesse sentido. Não podemos mistificar o movimento social. Hoje, as Centrais Sindicais CUT, CONCLAT, CONTAG têm um papel fundamental em direcionar as suas lutas também para outras prioridades, as prioridades sociais; discutir uma proposta de política nacional de saúde; discutir uma proposta de política previdenciária. E nos preocupa muito a questão que atualmente se discute, do sucateamento da Previdência Social. A Previdência Social, alguns dizem, é um processo de cooptação das classes populares, mas ela é, também, se a gente for buscar a origem histórica da Previdência Social no Brasil, o resultado das lutas sociais do início do século. E nós entendemos que ela é considerada um direito dos trabalhadores e uma conquista desses trabalhadores, que não pode ser utilizada pelo Estado como forma de financiamento da assistência a toda a população.

O Estado deve investir também em saúde; o orçamento das políticas sociais do Ministério da Saúde deve ser comparável àquele que é permitido pela contribuição dos trabalhores. E aqui nós fazemos uma denúncia muito grave em relação a uma proposta de anteprojeto de lei, que vai começar a tramitar no Congresso Nacional, proposto pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, que é uma lei anti-social que reduz benefícios dos trabalhadores, abolindo direitos previdenciários, e é também um golpe na Previdência Social, na medida em que diminui a possibilidade de custeio do seguro de acidentes do trabalho e abre uma perspectiva de penetração do capital financeiro através do seguro privado na área do seguro acidentário. Essa é uma questão muito séria, porque, enquanto nós estamos discutindo aqui o direito à saúde, existem grupos e lobbies de poder econômico trabalhando na surdina, e em tempo de Nova República isso cheira bastante a mofo.

No sentido de encaminhar propostas concretas, apesar do processo Constituinte estar bastante falho e dificultar a participação dos movimentos populares e dos movimentos dos trabalhadores, nós entendemos que algumas questões são fundamentais e devem ser incorporadas. Uma delas talvez seja a síntese de todas as questões que levam à maior participação e ao direito dos trabalhadores, a nível dos locais de trabalho. Esse ponto nós entendemos que é um aspecto de principal importância para que a luta dos trabalhadores avance, no sentido de conquistar esse direito que ainda é um direito que não é possível à grande maioria dos trabalhadores.

O Dr. Gabriel Oselka – Companheiros da Mesa; companheiros da 8.ª Conferência. Eu pediria autorização à Mesa e aos senhores todos para, inicialmente, um aviso e um pedido antes de discutir propriamente o tema da reunião de hoje. O Conselho Federal de Medicina está procedendo a discussões para reformulação do Código de Ética Médica. E o Conselho Federal de Medicina entende que o Código de Ética Médica não é algo que interesse apenas aos médicos, mas interessa a todos, interessa à comunidade e à população como um todo. E nós entendemos que qualquer Código de Ética que seja aprovado apenas com a discussão entre os médicos, por mais extensa que ela seja, não refletirá a realidade social brasileira e, principalmente, não será um Código que tenha uma aplicação correta, adequada e eficaz.

Nesse sentido, nós estamos procurando levar a efeito discussões não apenas entre os médicos, mas com toda a comunidade, para que surjam sugestões e idéias, para que essa reformulação realmente reflita esse nosso pensamento. O Conselho Federal, através de uma Comissão do seu plenário, elaborou uma minuta de anteprojeto que está sendo passada para discussão entre os médicos e que nós estamos trazendo aqui, para esta 8.ª Conferência. Ela será passada hoje e amanhã aos participantes. Junto com essa minuta está um formulário de resposta para sugestões. Nós pedimos que esse for-

mulário seja preenchido pelos companheiros da 8.ª Conferência e seja deixado na Secretaria. Esse formulário já é resposta comercial, não precisa de selagem; quem quiser levar para casa para discutir ou pensar um pouco mais poderá encaminhá-lo depois ao Conselho Federal. Nós agradeceriamos, pois essas sugestões seriam realmente muito bem-vindas.

Quanto ao assunto de hoje, eu prometo ser muito breve. Eu creio que esta Conferência marca um momento importante na história do movimento de saúde no Brasil. E é muito importante que, ao se resgatar a história desse movimento, além de todas as entidades que já foram citadas ontem e hoje como partícipes desse movimento, não se esqueçam a participação muito importante que as entidades no setor saúde organizadas tiveram nos anos de repressão, não apenas na resistência à ditadura, mas, principalmente, na elaboração de programas alternativos de saúde que se consubstanciaram e que hoje refletem essa quase unanimidade de pensamento que, nós temos aqui na Conferência. Entretanto, isso não nos livra de uma preocupação, que é fundamental: a hora de elaborar já amaderuceu, eu acho que esta Conferência vai marcar, mais um passo importante na elaboração de propostas, mas a hora é de passar para a concretização dessas propostas. Nós temos hoje, acredito, condições, para que as propostas passem à prática.

Nesse sentido, eu acho que é extremamente importante que esse tema que nós estamos discutindo hoje – Saúde, Direito de Todos e Dever do Estado – tenha características tais na sua inserção no dispositivo Constitucional. O poder dessa frase hoje – Saúde, Direito de Todos e Dever do Estado – é tal que eu não consigo imaginar que na futura Constituição isso não apareça. Mas isso não basta; todos nós sabemos que colocar um artigo constitucional dizendo Saúde, Direito de Todos e Dever do Estado não significa absolutamente nada ou pode não significar nada. E é preciso que desta Conferência, inclusive, saiam estratégias de luta e de mobilização, para que as decisões deixem de ser documentos apenas. Eu não tenho dúvida que o documento final desta Conferência será, provavelmente, até porque ele é evolutivo, o melhor de todos documentos que nós já produzimos em termos de saúde. Mas que não seja apenas um documento. Nesse sentido, nesse aspecto de saúde, nós trazemos algumas propostas: O Conselho Federal de Medicina traz um documento como contribuição às discussões dos grupos, e no aspecto Saúde como Direito do Indivíduo nós colocamos, não apenas, naturalmente, assegurar na Constituição, saúde: como direito do indivíduo é dever do Estado, mas também alguns pressupostos que no nosso entender devem ser cumpridos para que isso deixe de ser apenas uma frase. Esses pressupostos envolvem algumas atitudes políticas, vontades políticas do povo e do Estado. Algumas coisas dependem de legislação ordinária e outras coisas dependem de requisitos constitucionais.

Eu vou ler esse documento, que trago aqui como contribuição ao enfeixamento desse tema, Saúde, Direito de Todos e Dever do Estado.

"Para que isso seja assegurado, entedemos que seja necessário, em primeiro lugar, que se considere saúde em sua plenitude e priorizá-la nas políticas governamentais, através de maciços e contínuos investimentos nas áreas de saneamento básico e de defesa do meio ambiente; na produção de alimentos para consumo interno; na prestação de serviços de saúde, de educação, habilitação; garantia de trabalho em condições adequadas de salubridade; níveis compatíveis de salário e condições de fazer, imprescindíveis para a valorização do homem."

Em segundo lugar, considerar a saúde como investimento nacional, o que requer

uma justa redistribuição de renda e riquezas nacionais, além de garantia plena de acesso à terra e meios de produção para as populações rurais, corrigindo as distorções atuais de injustiça social.

Terceiro, em termos do sistema de saúde propriamente dito, entendemos que é preciso garantir a participação da população usuária e das entidades representativas de profissionais da área de saúde no planejamento, gerência e controle das ações de saúde.

"E, finalmente, é preciso que se garanta que as ações de caráter social, tais como saúde, educação e previdência social sejam de competência do Estado, sendo que a eventual participação da iniciativa privada quando necessária deverá se dar sob a forma de concessão de serviços por parte do Estado."

PAINEL

REFORMULAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Presidente: **Deputado Carlos Corrêa de Menezes Sant'Anna**

Expositores: **Doutor Adib Domingos Jatene**
Membro da Comissão do Ensino Médico do Ministério da Educação

Doutor João Yunes
Secretário de Saúde do Estado de São Paulo

Doutor José Alberto Hermógenes de Souza
Secretário-Geral do Ministério da Saúde

Doutor Hésio de Albuquerque Cordeiro
Presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

Debatedores: **Antônio Ivo de Carvalho**
Representante da Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (FAMERJ)

Francisco Xavier Beduschi
Representante da Federação Nacional de Médicos

José Francisco da Silva
Representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG)

José Luiz Riani Costa
Representante do Ministério do Trabalho

Sebastião Loureiro
Representante da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES)

Ubaldo Dantas
Prefeito de Itabuna – Bahia

REFORMULAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

ADIB DOMINGOS JATENE
Membro da Comissão do Ensino Médico do
Ministério da Educação

Em 1980, participei da 7.ª Conferência Nacional de Saúde e tive a oportunidade de falar sobre a expansão dos serviços básicos de saúde em áreas metropolitanas, colocando algumas premissas, quais sejam:

1º.) Cada grupo populacional, cuja dimensão deveria estar de acordo com a densidade da população, vias de acessos etc., deveria dispor de uma unidade sanitária em condições de ser responsável não só pela prevenção primária, mas também pela atenção primária, funcionando como porta de entrada de um sistema integrado de saúde.

2º.) Os serviços de saúde deveriam ser permanentes e acompanhar o crescimento da população, localizando-se de forma tal que pudessem ser atingidos com facilidade, vale dizer, para a maioria da população a pé.

3º.) Cada grupo de unidades deveria contar com retaguarda de um hospital local.

4º.) Esta rede básica deveria se relacionar com as unidades mais complexas, geralmente hospitais já existentes.

Discutimos à época o problema dos recursos e afirmávamos, naquela oportunidade: o que precisamos na área de saúde é de um aporte significativo de novos recursos, de preferência vinculados, para promover uma revolução no atendimento primário. E completava: estou convencido de que as secretarias estaduais e municipais têm condições de coordenar as forças vivas das populações que já vêm lutando por melhores condições de saúde e adequar o atendimento às particularidades regionais e, ainda, simultaneamente, reanimar os profissionais dos vários níveis, já descrentes dos planos que não tragam em seu bojo o esquema financeiro que os irá viabilizar.

Vejo, seis anos depois, que nossas colocações estavam corretas e na linha que se estabeleceu para as Ações Integradas de Saúde, a municipalização, a descentralização, etc.

Desejo, nesta minha intervenção, fazer algumas considerações sobre três aspectos que me parecem importantes.

Primeiro: em inúmeros documentos repete-se que o nosso sistema de saúde prioriza os hospitais e relega a uma posição secundária o atendimento primário. Segundo dados do CONASS, nossa disponibilidade de leitos é de 3,2 por mil habitantes. Nos Estados Unidos, a disponibilidade é de 13 leitos por mil habitantes; na União Soviética a disponibilidade é de 16 leitos por mil habitantes. Tanto no país capitalista quanto no país comunista existem muito mais leitos à disposição da população do que no Brasil. E todos dizem que no Brasil as condições de saúde são más; como explicar essa diferença? Será que estamos obrigando as famílias a tratarem seus

doentes em casa, arcando desta maneira com as despesas e desonerando os órgãos pagadores?

Se isto for verdade, não estaremos penalizando estas famílias, especialmente aquelas de mais baixa renda e onde todos trabalham? Não estaremos desorganizando a vida familiar criando faltas ao serviço para cuidar do familiar doente?

Quando se discutir a desospitalização, gostaria que, ao lado de se reconhecer os abusos e fraudes que todos condenamos e que devem ser coibidos com rigor, se considerassem os problemas que se criam para as famílias obrigando-as a arcar com o ônus de uma assistência para a qual não estão preparadas nem tecnicamente e, muito menos, financeiramente. Penso, portanto, que não se priorizou os hospitais em detrimento da atenção primária: estamos defasados nos dois setores. É claro que o setor hospitalar está melhor aparelhado, talvez porque a preocupação com a doença é maior. Enquanto que para manter a saúde e fazer a prevenção da doença é necessário um trabalho de conscientização e criação de uma mentalidade preventiva que, felizmente, graças ao trabalho entusiasta principalmente dos últimos anos, vem-se cristalizando em nosso meio. O que realmente precisamos é melhorar e ampliar o atendimento hospitalar e, simultaneamente, empreender uma vigorosa ação no campo da atenção primária, esta, seguramente, responsabilidade governamental.

O segundo aspecto sobre o qual gostaria de fazer uma consideração diz respeito aos recursos para financiar todo o sistema de saúde. Não pretendo nesta minha intervenção incluir os aspectos do problema relacionado com as condições sanitárias, serviço de água e esgoto, alimentação, habitação, higiene do trabalho, salário, etc., mas restringir-me aos recursos para a assistência médico-hospitalar.

Uma boa parte da nossa rede hospitalar é anterior à universalização do atendimento feita pelo INAMPS. Os hospitais se mantinham, porque boa parte dos pacientes pagavam pelos serviços prestados e a população ajudava na sua manutenção. Com a entrada do INAMPS, era de se supor que a situação melhorasse, pois um novo aporte de recursos entrara na área. Um contingente de pacientes até então indigentes passou a ter quem pagasse por ele. Ocorre que, simultaneamente, aqueles que podiam pagar deixaram de fazê-lo, onerando agora o INAMPS.

Esse mecanismo reduziu o contingente de recursos que era carreado para área de saúde; grande número de pacientes que antes arcavam com sua assistência médico-hospitalar e que se preveniam para isso, simplesmente se desobrigou desta atribuição. Concomitantemente, o avanço tecnológico aumentou os custos, tanto de diagnóstico quanto de tratamento. Cedo se verificou que os recursos do INAMPS, eram insuficientes para cobrir toda uma assistência cujos custos crescentes o eram tambem no mundo todo, fosse capitalista, comunista ou socialista.

O corolário foi a adequação do pagamento, não às necessidades dos hospitais, mas ao orçamento do INAMPS, com uma queda progressiva na remuneração de médicos e hospitais, e, em conseqüência, de todo o pessoal de saúde que trabalha nos hospitais. Esta restrição ocorreu tanto para os hospitais públicos quanto para os hospitais privados.

Um estudo que realizamos sobre os orçamentos dos hospitais públicos, em valor real, de 1975 a 1985, mostrou uma queda progressiva e significativa. O orçamento executado pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, em 1984, foi de 102 bilhões de cruzeiros; o orçamento de 1979 do mesmo hospital, em valores de 1984, equivalia a 176 bilhões de cruzeiros, se fosse usado o IGP como deflator. Se se usar o INPC para salários e o IGP para manutenção, a diferença é menor, mas, ainda assim, muito significativa. O mesmo ocorreu com o orçamento da

Secretaria de Saúde de São Paulo: executou um orçamento de 292 bilhões de cruzeiros, enquanto que o de 1975, o orçamento de 1975, se fosse corrigido para valores de 84, equivaleria a 442 bilhões de cruzeiros. Ou seja, o orçamento da Secretaria decresceu através dos tempos.

Em relação ao INAMPS, - aconteceu a mesma coisa. Para demonstrar que diante da restrição dos recursos a adequação foi feita, não atendendo às necessidades, mas ao orçamento, basta comparar alguns valores: de maio de 1976 – eu gostaria que prestassem atenção a esses dados porque me parecem da maior importância – de maio de 1976 a novembro de 1983, enquanto o salário-mínimo aumentou 74 vezes e meia, a remuneração do trabalho médico aumentou 16 vezes e meia, a remuneração do leito hospitalar aumentou 30 vezes. Nesse mesmo período, a remuneração do material hospitalar, fornecido geralmente pela indústria, aumentou 126 vezes.

Se nós considerarmos que o aumento do salário-mínimo não foi compatível com a inflação, verificaremos que o aumento da remuneração do trabalho médico e do leito hospitalar foi extraordinariamente inferior à inflação, e que talvez seja a categoria profissional que teve maior perda durante esse período.

Talvez isto explique a agitação maior que vem sendo detectada na área de saúde, certamente reflexo desse descompasso.

Complementando o que eu disse anteriormente, melhor do que se afirmar que o modelo privilegia o hospital, deve-se dizer que o modelo penaliza tanto a área hospitalar quanto o atendimento básico. Apenas os hospitais, como cuidam de doentes, estando sob risco de omissão de socorro, etc., representam uma pressão mais forte para que sejam atendidos em primeiro lugar. Acredito que os recursos poderiam ser equacionados em vários níveis; nós deveríamos ter recursos vinculados destinados à atenção primária, que deve ser responsabilidade governamental, e, para isto, utilizar, em primeiro lugar, os orçamentos provenientes de impostos e taxas, porém em volume suficiente para manter toda a rede em nível de eficiência.

Segundo, os recursos do INAMPS, que tem caráter de seguro e, por ter caráter de seguro, poder-se-ia discutir se eles devem ser distributivos ou não, e que deveriam cobrir a população cujo nível de renda não lhe permitisse auto-suficiência em relação à assistência médico-hospitalar.

Terceiro, recursos de seguro saúde, que poderia ser público ou privado, ou ambos, não importa, de todos aqueles que tivessem renda que lhes permitisse essa cobertura. E os recursos de particulares que pudessem custear individualmente a assistência.

O terceiro aspecto que eu gostaria de comentar rapidamente com os senhores é em relação aos recursos humanos.

Existe uma grande discussão já registrada em inúmeros documentos sobre o perfil dos profissionais para os diferentes campos da área de saúde.

Permitam-me que, como membro da Comissão de Ensino Médico do MEC, restrinja a minha análise ao profissional médico. Parece haver uma insatisfação generalizada dos estudantes, dos professores e dos doentes com o tipo de médico que se vem formando. De um lado, escolas que não possuem as condições para treinar seus estudantes em regime de internato, liberando-os para cursar este período em hospitais muito freqüentemente despreparados para recebê-los. De outro lado, escolas com todas as condições para promover o término do curso médico, levando à especialização precoce.

Treinamento preferentemente hospitalar ou preferentemente ambulatorial vem sendo objeto de acesa discussão. A integração docente-assistencial, importantíssima para a formação profissional, aguarda, ainda, para a sua universalização, a definição de estratégias adequadas à sua implantação e real eficácia. Estes e outros aspectos da

formação vêm sendo discutidos na comissão, visando à modernização de currículos que atendam às necessidades da política de saúde do País e que permitam a fixação dos médicos nas regiões onde se formaram, reduzindo a migração que se vem observando.

Com ou sem deficiências o médico jovem ingressa hoje no mercado de trabalho, na maioria esmagadora dos casos, por meio de assalariamento. Como o salário em geral é baixo, parte-se para o múltiplo emprego.

É importante que se entenda que o salário realiza e estabelece uma relação de responsabilidade dentro de um horário para o qual o assalariado foi contratado. Fora deste horário, a responsabilidade não lhe cabe. Esse sistema é mais fácil de administrar e atende a grande número de profissões. A profissão médica, entretanto, tem característica diferente, ou deveria ter. A responsabilidade do médico deve ser contínua, enquanto o paciente se encontra sob seus cuidados, e isto não deve interessar ao médico, mas ao doente que gostaria de poder falar com o seu médico quando lhe surgisse qualquer dúvida na terapêutica, ou quando houvesse qualquer modificação no seu quadro clínico.

A profissão médica, especialmente em relação ao médico geral, ao médico de família, exige um vínculo entre médico e paciente.

Em um sistema realmente organizado, todo doente deveria ter o seu médico, e mesmo quando fosse a uma instituição especializada, deveria ser seu médico que o tivesse enviado e que o receberia de volta. ImpossÍvel estabelecer-se referência e contra-referência – sempre se fala referência e contra-referência – se o paciente não conhece o seu médico ou se este muda a cada consulta ou se o doente não tiver acesso a ele quando necessitar. A doença, sempre se disse, não tem hora. Por isto venho insistindo que o médico deve ser interiorizado, não no interior do País, mas no seio da população; deve ter seus clientes e habitar próximo deles. Se ele trabalha em um centro de saúde, sua clientela deverá ser a do centro de saúde. É um absurdo uma mulher fazer um pré-natal por 5 ou 6 meses com um médico e no momento de dar à luz ser atendida por outro médico. Por isso, o médico geral, que atua na unidade sanitária, deve ter a retaguarda de um hospital local, onde possa internar os seus clientes, cuidar deles enquanto internados e recebê-los depois da alta. Da mesma forma como deveria referir os que necessitarem de maiores recursos diagnósticos ou de especialistas e recebê-los de volta para continuar cuidando deles. Pouco resultado e pouca capacidade resolutiva se irá obter com todo o programa de ações integradas, municipalização, etc., se não se equacionar o papel e a remuneração do trabalho médico. Talvez parte da remuneração deva ser feita, inevitavelmente, por salário, em muitas situações; mas por parte dela, certamente, deveria ser por honorários.

A dificuldade para equacionar esse problema é grande, não apenas na área estatal, mas também na área privada, que vem assalariando cada vez mais, com grandes prejuízos para todos. Fixar o médico no seio da população que ele atende é o nosso grande desafio; fazê-lo responsável pelos que ele atende será uma conseqüência.

Espero que estas reflexões sobre apenas alguns aspectos que devem ser contemplados na proposta de Reformulação do Sistema Nacional de Saúde possam ser desdobradas, ampliadas, corrigidas para que o sistema formador e o sistema prestador de serviços atuem em conjunto e possam mudar o panorama ainda sombrio, que todos desejamos ver modificado para melhor, atendendo, em primeiro lugar, àquele que está doente e que necessita de quem o cure, alivie e conforte.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE

JOÃO YUNES
Secretário de Saúde do Estado de São Paulo

A participação da população nas diversas esferas da sociedade vem-se constituindo, há vários séculos, num dos problemas mais relevantes (e inquietantes) com que a humanidade se defronta. Filósofos, cientistas sociais e políticos, governantes e lideranças de todas as ordens têm procurado responder a esta questão.

Enquanto conceito genérico e abrangente, a participação social tem adquirido definições e redefinições, ganhando, a cada momento histórico, significados dos mais diversos. Ora ela surge com o nome de assembléias de cidadãos, ora como corporações de ofício, milícias fascistas, conselhos operários ou órgãos de autogestão. Seja no entanto qual for o nome, a sua importância é sempre inegável. Ela é, por assim dizer, a **pedra de toque**, o elemento fundamental de nova ordem social e é, por isto, que esta idéia expressa hoje, particularmente no caso brasileiro, toda a sua atualidade.

Não se trata, como aliás tem sido a prática recorrente na história das Constituições brasileiras, de incorporar num dos ítens da nova Carta o conceito de participação. Ao contrário, há que se debater e definir de forma bem precisa os mecanismos através dos quais os direitos da população se farão presentes na nova ordem jurídico-institucional do pais.

Todavia, antes de discutirmos a conjuntura presente e, portanto, encaminharmos propostas, cabe analisarmos alguns aspectos estruturais da sociedade brasileira. Ou, em outras palavras, cabe refletir se numa sociedade capitalista dependente, onde a tradição autoritária ocupou a maior parte de sua história, é possível a participação popular. Para isso, é preciso expressar o que entendemos por participação.

Fixemos, então, a tese central. Participação deve ser entendida como acesso. Participação popular (ou social) equivaleria, portanto, ao processo a partir do qual a maior parte da sociedade teria acesso aos bens (materiais e não-materiais) que esta produzisse. Podemos ir mais além. Toda a sociedade humana produz e reproduz suas condições de existência. Produz bens materiais que irão suprir as necessidades básicas de seus integrantes e produz outros bens que, genericamente chamamos de bens não-materiais (serviços) e que expressam através de índices objetivos a qualidade de vida de sua população.

Em sociedades inspiradas pelo modelo capitalista, a própria lógica de acumulação impede que a maior parte de seus integrantes tenha acesso irrestrito a esses bens (apesar do fato de que a responsabilidade pela produção destes cabe a esta maioria). Esta sociedade, se fôssemos imaginá-la metaforicamente, poderia ser descrita através do desenho de uma pirâmide, onde encontramos uma minoria no ápice, enquanto que o res-

tante está em sua base. Apesar disto, ao nível de consciência da população está disseminado um consenso de que existe mobilidade social, ou seja, é perfeitamente possível ao elemento que ocupa a base subir até o ápice. Esta justificativa permite que a maioria da população viva a esperança de que um dia a situação será transformada.

Tomemos o exemplo de um grande centro urbano brasileiro hoje (no caso, São Paulo). Como um verdadeiro retrato do que acabamos de falar, convivem lado a lado os dois pólos da pirâmide. O trabalhador assalariado, por sua própria situação nesta estrutura, se vê submetido a um círculo vicioso do qual não consegue escapar. Não teve acesso à educação formal, uma vez que iniciou seu trabalho ainda na idade escolar. Mora em habitações subumanas, sem infra-estrutura adequada, pois seus minguados recursos não lhe permitem outra opção. Alimenta a si próprio e à sua família com um mínimo de gastos, o que provoca sérias deficiências para sua saúde. Gasta boa parte de seu dia em transportes precários que, freqüentemente, atrasam e sofrem avarias. Por fim, não possui meios para participar de qualquer forma de lazer que, longe de ser um serviço supérfluo, funciona em todas as sociedades como um meio de recompor sua força de trabalho. Por outro lado, sem esquecermos as camadas médias da população, encontramos uma pequena minoria que a tudo tem acesso diferenciado. Conseguem educar seus filhos em escolas particulares. Moram em habitações luxuosas. Desperdiçam com a alimentação, chegando mesmo ao exagero. Possuem automóveis particulares e vivem o lazer (ou o ócio, se se preferir) em toda a sua plenitude. Enfim, são dois modos de vida totalmente diferentes e que supõem, por conseqüência, um universo de interesses também diferente.

Como já nos referimos, esse exemplo brasileiro é válido, via de regra, para outras sociedades com modelo capitalista. Por outro lado, nessas mesmas sociedades, o Estado assume freqüentemente o papel de administrador de alguns serviços gerais. Normalmente, a sua atuação se circunscreve a áreas limitadas, especialmente aquelas cujo interesse da iniciativa privada ocorre em menor grau. A saúde é uma dessas áreas.

Com o aumento da população urbana carente e com o agravamento de suas condições de vida, esses serviços passaram a ser cada vez mais requisitados. Assim, no início da década de 60 (um período marcado por avanço de reformas sociais) são instituídas as bases para um sistema racionalizador e abrangente de saúde pública brasileira. Esse sistema, fruto de entendimentos bilaterais com os Estados Unidos (o acordo Aliança para o Progresso) irá ganhar forma, com o advento do golpe militar em 64. Neste momento, o Estado, que passará a tutelar a sociedade, entende a necessidade de instituir uma política assistencialista, ao mesmo tempo em que recolhendo parcelas do salário do trabalhador, repassa-as à iniciativa privada através de convênios firmados com o instituto de previdência.

Esta política de saúde é realizada à revelia do contribuinte, quer dizer, toda e qualquer participação da população é desprezada, em seu lugar atuarão tecnoburocratas que dominarão o cenário brasileiro por quase vinte anos.

Com a descompressão do regime autoritário e com as oposições assumindo o comando dos principais Estados brasileiros, o tema da participação volta a ocupar os debates. Dessa vez, não ocorre somente a pressão de grupos da sociedade que começam a se organizar, mas são os próprios profissionais de formação técnica que atuam no campo da saúde que percebem que, sem a integração dinâmica entre as partes envolvidas nos grandes planos, não há política, por melhor que seja, que surta efeitos. Para se ter uma idéia do alcance dessas transformações vale a pena reportar o exemplo da saúde em São Paulo.

Durante os anos de regime militar, as ações de saúde, que são conduzidas por

uma secretaria de estado, foram praticamente relegadas a um segundo plano. O orçamento decrescia de ano a ano, chegando, em 1982, a um índice de menos de 3% do orçamento global do Estado (este índice chega aos 10% em países desenvolvidos); os leitos e os equipamentos hospitalares ou eram ociosos ou se tornavam ultrapassados, uma vez que não existia investimento na área (lembremos que o órgão repassador de recursos, o INAMPS, restringia-se basicamente à compra dos serviços dos hospitais privados); os centros de saúde, porta de entrada do sistema, estavam carentes de recursos materiais e humanos; as cidades do interior, notadamente as de menor porte, não possuíam médicos para dar assistência à população. Acrescente-se, ainda, que este período foi marcado pela mais dramática crise econômico-financeira da história do País, o que resultou, é fácil de se prever, no descontentamento crescente do usuário, no aumento de casos de desnutrição (lembremos que, em São Paulo, a Secretaria de Saúde é responsável pelo programa de distribuição de leite, através de seus postos de saúde), em altos índices de mortalidade infantil, baixos salários para funcionários e o não-reconhecimento da carreira dos trabalhadores da área.

Contudo, as transformações começaram a ser produzidas. O programa de governo privilegiava essencialmente a área social e continha em suas diretrizes básicas três pontos fundamentais: geração de empregos (lembremos que neste período estamos no auge da crise), descentralização (em contra-posição ao centralismo autoritário) e participação popular. Particularmente, na área da saúde, esta última diretriz era de grande expectativa não só da população usuária, mas dos trabalhadores, incluindo-se técnicos e funcionários.

Cabe aqui um parêntese acerca deste início de processo. A primeira forma que tomou a participação na saúde foi a realização de eleições diretas para os cargos de chefia, principalmente em unidades hospitalares. Assim, se tomarmos o exemplo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo que, apesar de não estar diretamente ligado à Secretaria da Saúde (está vinculado à Secretaria de Governo), possui estreita relação com as outras unidades da Secretaria, realizou eleições para a escolha de sua superintendência. Na época, houve um intenso debate que, de uma forma ou de outra, acabou envolvendo toda a comunidade do Hospital. Os candidatos apresentaram suas plataformas e depois de amadurecidas as discussões houve a votação que acabou por coincidir com a escolha do Governador. Ao mesmo tempo, outros órgãos tentaram o mesmo processo. No entanto, como a eleição em si não corresponde necessariamente à instauração de um processo de democratização, o que ocorreu na maioria dos casos foi a manutenção de grupos ligados à antiga administração conservadora que conseguiram (por formas que lembram o voto de cabresto) se manter no comando.

É evidente que o novo governo não foi conivente com essas “mudanças". E, mais ainda, através de simpósios e reuniões, procurou avançar em suas propostas, demonstrando o caráter falacioso desse processo eleitoreiro. Mesmo porque, como ficou provado posteriormente, além de não atender à população usuária, isto só servia para encobrir os interesses e as regalias corporativas.

Também uma outra tendência que se manifestou nos "primeiros tempos" de forma equivocada foi o que poderÍamos, a grosso modo, denominar de basismo. Ou seja, todos os problemas de saúde deveriam ser transformados aqui e agora através da mobilização e, conseqüentemente, da pressão da população aos órgãos de governo. Assim, grupos da comunidade organizada, principalmente na periferia carente, organizavam caravanas para "visitar" secretarias de estado e exigir as transformações previamente discutidas. Não se levava em consideração os impedimentos decorrentes da ordem institucional, nem muito menos os ar-

gumentos que, mesmo com suporte técnico, se manifestavam contrários.

Também, como era de se esperar, essas manifestações apenas surtiam o efeito do momento e sua principal finalidade era provocar o "fato político" sem se preocupar em buscar fórmulas alternativas para resolver os problemas da população.

Mas, como alguém já disse, a democracia se aprende fazendo e, portanto, nada mais justo do que isso. A preocupação com a participação continuou a orientar os trabalhos de saúde no Estado de São Paulo e algumas experiências passaram a demonstrar que ela era perfeitamente viável.

Quando o Ministério da Saúde, em meados de 1983, lançou o Programa de Saúde da Mulher, que exigia a colaboração do usuário, uma fórmula nova foi encontrada para garantir o concurso ativo da população. Em primeiro lugar, é preciso salientar que a necessidade do programa era exigência da própria população envolvida. Elaboradas as linhas básicas, cada estado passou a ter autonomia na forma de sua implantação. Em São Paulo, o primeiro passo foi montar grupos com a finalidade de discutir todos os ítens do programa tecnicamente. Realizadas as discussões a nível local, foram convidados a participar da elaboração e implementação os movimentos feministas e as organizações ligadas à condição feminina. Esse debate ocorreu, inclusive, com a participação dos meios de comunicação de massa – o debate foi realizado no auditório da **Folha de São Paulo** – que divulgaram com destaque as características do programa de saúde. Após esta primeira etapa, os órgãos regionais passaram a ter, dentro dos limites, autonomia sobre a forma e o cronograma para a sua implantação. Nesta fase, os técnicos contaram com a ajuda, ao nível regional, da população usuária. Em suma, foi, talvez, a prova mais inequívoca de que é não só possível como também necessária a participação popular para resolver os problemas de saúde no Brasil.

Todavia, não foi só esse programa que demonstrou o aval da população ao processo de transformação. Se recorrermos às experiências com as comunidades do interior, também verificaremos as mesmas respostas. Como já nos referimos, a ênfase do programa de governo em São Paulo foi dada para o setor social. Nada mais justo, então, do que, passados os primeiros meses, a população cobrar essas propostas. Em cidades pequenas e médias, a plataforma eleitoral, geralmente, se baseava nas melhorias da condição de saúde para o povo. Promover o saneamento básico, construir um hospital ou melhorar o atendimento nos centros e postos de saúde, conseguir tal ou qual convênio com o Ministério da Previdência Social representavam os pontos chaves que elegiam os representantes municipais (muitos deles sem nenhuma experiência administrativa). Quando estes assumiram as prefeituras, se inteiraram da nova realidade, os problemas eram, por assim dizer, muito mais básicos: na maioria dessas cidades não existia sequer um médico com domicílio fixado no local.

A primeira tarefa seria, portanto, fixar no município o médico. Para isso, seria necessário motivá-lo a exercer suas atividades em pequenas cidades com um salário – que não era competitivo em relação ao mercado. Para solucionar este problema, o estado e as prefeituras assinaram um convênio onde não só o salário passou a ser maior como também a administração municipal se incumbiria de subsidiar o transporte e, em muitos casos, até a moradia do médico. Além disso, o processo de escolha do profissional, assim como a sua contratação seriam descentralizados, pois se dependesse dos trâmites normais da burocracia do Estado esta acabaria por atrasar a contratação e prejudicar, assim, o programa. Com a educação, tendo em vista este trabalho, foi feito algo similar – principalmente em relação à construção de prédios escolares e à distribuição da merenda infantil.

Também com a carreira dos médicos servidores públicos um procedimento seme-

lhante ocorreu. É que em São Paulo não existia até então um plano de carreira para os profissionais de saúde – um salário bem abaixo do restante do mercado e nenhuma perpectiva de progresso na estrutura da Secretaria da Saúde. A partir de uma discussão envolvendo as entidades representativas da categoria e, fundamentalmente, com a descentralização desta discussão ao nível dos principais órgãos em que esses profissionais atuam no serviço público, chegou-se a um entendimento em que, de um lado, o Estado oferecia melhores condições de trabalho e, em contrapartida, os médicos passavam a cumprir integralmente a jornada de trabalho estabelecida. Ganhavam as duas partes, mas a principal beneficiária deste processo foi a população que viu atendida uma de suas mais importantes reivindicações.

Estes exemplos, mais do que as implantações de programas bem-sucedidos, nos permitem tirar lições valiosas sobre a questão da participação da população no processo de mudança. Para todos aqueles que a seu modo militaram em movimentos de base na época do regime autoritário, sempre foram verdadeiras as crenças estereotipadas de que a população necessitava de guias para modificar sua situação. Isto se traduzia pelo papel que um partido deveria desempenhar, ora através da implantação de órgãos cujo controle seria de exclusividade do operariado, e assim por diante. No fundo, estas questões significavam, de um lado, a visão elitista que certas parcelas da camada média têm em relação aos setores carentes e que se expressa através do assistencialismo ou mesmo da caridade; de outro, também, a crença de que através de fórmulas ortodoxas seria perfeitamente possível a intervenção na ordem social sem se levar em consideração as suas condições objetivas.

O que os movimentos populares têm demonstrado, através da participação dos setores normalmente marginalizados, é que estas questões passaram a ser menos importantes e que a militância ativa em todos os níveis (na elaboração, na discusão e amadurecimento e nas decisões) garante uma real conquista de espaço e, portanto, o respeito aos seus direitos básicos.

Verificamos esta verdade com índices bastante objetivos. Todos concordam, mesmo os que divergem política e ideologicamente deste governo, que o nível do serviço público melhorou em São Paulo. Através das medidas de descentralização administrativa, o interior do estado, por muitos anos dependente do poder central, pode, hoje, trabalhar com autonomia e implementar, gerindo recursos, contratando empresas e força de trabalho local, suas políticas. As realizações, ao invés do caráter faraônico imprimido pelos governantes anteriores com a finalidade de produzir efeitos de impacto, foram substituídas pela somatória das pequenas obras que atendem muito mais ao interesse imediato da maioria da população. Ao mesmo tempo, com a ênfase dada ao setor social e expressa através de uma dotação orçamentária bem maior do que as anteriores, o governo do estado conseguiu diminuir os índices de mortalidade infantil, apesar da crise econômica, fornecer com maior eficiência para a criança desnutrida ou com risco de se desnutrir o suplemento alimentar – isto só para falar na área da saúde. Vale lembrar que este mesmo governo multiplicou sensivelmente o número de escolas da rede pública, oferecendo também aos professores melhores condições de trabalho e aos alunos melhores condições de ensino; cuidou e tem cuidado do saneamento básico e das condições ambientais, criando inclusive uma secretaria especial para se ocupar deste problema; gerou e tem gerado milhares de empregos (através de concursos públicos), minimizando, assim, os efeitos da crise econômica; enfim, demonstrou que é possível ser coerente com o programa e que um governo, priorizando áreas básicas, pode resgatar a dívida da sociedade para com a população carente.

O Brasil de hoje é o melhor exemplo de todo esse processo. A descompressão do regime autoritário só foi possível quando a sociedade civil organizada conseguiu mobilizar milhares de pessoas para sair às ruas e exigir as transformações. Os programas dos partidos, mesmo aqueles ligados a grupos conservadores, tiveram que incorporar as reformas sociais. E, acima de tudo, a exigência de uma nova ordem jurídico-política, com a elaboração de uma Constituição demonstram o alcance destas transformações.

Assim, notamos que, apesar da imobilidade própria da sociedade capitalista e do acesso diferenciado que esta propicia para seus membros, com a recuperação dos direitos de cidadania, incluindo-se aqui, especialmente, as liberdades democráticas, é possível para os setores marginalizados criar as condições e os mecanismos para tornar esta sociedade mais justa e com menos desequilíbrios sociais.

Mas esta não é uma tarefa do Estado. A experiência das organizações populares – e aqui incluímos não só as organizações ao nível de partido e de sindicatos, mas, e fundamentalmente, aquelas nascidas durante os anos de arbítrio – com seus acertos e erros tem provocado esses avanços. Tem demonstrado, principalmente aos setores conservadores que a sociedade não é de forma nenhuma um corpo imóvel. Ao contrário, é a dinâmica das relações entre seus agentes que lhe confere suas principais características.

Assim, certos assuntos e certas práticas, consideradas até agora verdadeiros tabus, têm nesse breve período de reconstrução democrática sido questionados e discutidos com maturidade. O planejamento familiar, o aborto, a situação da mulher e das minorias, a censura, a liberdade de imprensa são temas em evidência e que se encontram no cotidiano de trabalhadores, estudantes, intelectuais, donas-de-casa, enfim, de todos os segmentos representativos do Brasil.

O presidente Tancredo Neves, no discurso de posse, falava que seu desejo, ao se iniciar esta nova fase da história brasileira, era o de ver os assuntos da Constituinte discutidos nas fábricas, universidades, nas ruas. Pois bem, talvez estejamos vivendo um pouco este momento.

No nosso caso, especialmente no nosso caso, temos que admitir que a saúde sempre foi um domínio de técnicos. Esta tendência se cristalizou a partir dos governos de 64. Apesar da competência de muitos dos programas elaborados, a história desse período demonstrou que boa parte dos desacertos, tanto no setor previdenciário quanto na área da saúde básica, ocorreram devido a não-participação do usuário desses serviços.

Lembramos aqui um episódio recente e que, por seu significado, demonstra a veracidade do nosso raciocínio. As chamadas fraudes no sistema previdenciário, que foram amplamente noticiadas pelos meios de comunicação, teriam ocorrido com a conivência de certos escalões do Ministério da Previdência e Assistência Social, facilitando os lucros exorbitantes de hospitais da rede privada. Acrescente-se a isso a imagem dos órgãos previdenciários aos olhos da população usuária. Durante todos esses anos, ele era um imenso fantasma inoperante que só produzia longas filas de espera e quase nenhum atendimento efetivo.

Pois bem, sem entrar no mérito da questão, sabemos que existia um culpado fundamental: o próprio sistema previdenciário e o regime que o gerou. A corrupção somente pode imperar onde não existem mecanismos de controle por parte da população. Ora, se o usuário não participa nem de sua gestão nem das decisões, como pode haver algum controle? Mais ainda, por ser ele o maior contribuinte, não seria, no mínimo, legítima, sua participação? Perguntas como estas nunca foram respondidas pelos antigos donos do poder.

Atualmente, a realidade do INAMPS, o principal órgão afetado pelas denúncias, é

outra. Não só a opinião pública formada pela veiculação de notícias da imprensa passou a ter uma visão crítica do órgão, como também as próprias organizações da classe trabalhadora que atuam a nível sindical (CONCLAT, CUT, CONTAG) incorporaram em suas plataformas de luta a participação do contribuinte no processo de decisão. Seja como for, a saúde passa a ser encarada, neste momento, como um **direito básico** do cidadão, uma preocupação que se reflete no discurso de todos os partidos políticos e movimentos sociais.

Esta tendência demonstra também que o antigo "poder técnico" dos especialistas passa por uma profunda reformulação. Só que este questionamento, ao invés de separar o técnico do usuário, coloca as duas partes do mesmo lado, corroborando, deste modo, a tese de que a participação ativa é um dos principais, senão o principal, fatores de êxito dos programas de saúde.

Podemos dizer, por tudo isto, que este momento de transição que vivemos é o momento do aprendizado democrático. A política deixa de ser entendida como a luta dos pequenos interesses locais para se transformar numa verdadeira ferramenta pedagógica da população, um meio efetivo, a partir do qual os vários segmentos sociais conseguem fazer valer os seus interesses.

Portanto, ao retornarmos à questão inicial, vale a resposta afirmativa. A participação, apesar da situação estrutural da sociedade brasileira, não só é possível como também se constitui no principal instrumento de avanço para conquistas verdadeiras das populações carentes. E essa participação só é plena quando a sociedade civil e o Estado não se constituem em partes antagônicas, quer dizer, quando o Estado deixa de tutelar a sociedade e quando os cidadãos, de posse de seus direitos, passam a militar ativamente em todos os setores que afetam direta ou indiretamente suas vidas.

O SISTEMA UNIFICADO DE SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE GARANTIA DE UNIVERSALIZAÇÃO E EQÜIDADE

JOSÉ ALBERTO HERMOGENES DE SOUZA
Secretário-Geral do Ministério da Saúde

Os dados mais recentes sobre as condições de vida e saúde da população brasileira apresentam, de saída, um contraste fundamental: somos a oitava potência econômica do mundo capitalista; exportamos material bélico, fabricamos aviões, temos usina nuclear e dominamos as técnicas mais modernas no campo da medicina, como, por exemplo, os transplantes de órgãos. Ao mesmo tempo, exibimos um coeficiente de mortalidade infantil semelhante, e muitas vezes superior, a países cujas economias ainda estão em estágio de desenvolvimento significativamente inferiores aos nossos.

De outra parte, é cada vez mais presente a constatação da existência dos dois brasis; são flagrantes as disparidades regionais, sobretudo quando se correlacionam os níveis de renda, as condições de trabalho, de moradia, a estrutura etária da população.

Dados do sistema de informações sobre mortalidade, do Ministério da Saúde, referentes a 1982, indicam, por exemplo, que enquanto na Região Nordeste 46,3% dos óbitos não tiveram suas causas determinadas, ou por não terem assistência médica, ou por falha no preenchimento dos atestados, na Região Sudeste esse percentual foi de apenas 8,8%. A qualidade da informação, no primeiro caso, já é flagrantemente prejudicada. Enquanto nas Regiões Sul e Sudeste 31% dos óbitos tiveram como causa doenças do aparelho circulatório, a mortalidade proporcional por esta causa no Nordeste foi de 13%. Enquanto 24% dos óbitos de crianças menores de um ano na Região Norte ocorreram em conseqüência de doença infecciosa intestinal, na Região Sul foi de cerca da metade, 12%.

É oportuno lembrar ainda que 2/3 da população brasileira não se alimentam de acordo com as suas necessidades calóricas. Foram notificados, em 1984, mais de 350 mil casos de malária. A doença de Chagas está presente em 23% do território brasileiro, estimando-se em 5 milhões o número de pessoas infectadas; a esquistossomose, presente em 11% do território, afeta 6 milhões de pessoas; a hanseníase e a tuberculose, praticamente extintas nos países adiantados, constituem-se ainda em sérios problemas de saúde pública no Brasil.

Da população economicamente ativa, 67% ganham até dois salários-mínimos, chegando, no Nordeste, o percentual dos que ganham menos de dois salários-mínimos a 84% da população, sendo que 65% ganham um salário-mínimo ou menos.

Nas áreas rurais do Nordeste, não chega a 40% o percentual de domicílios que se abastecem de fontes adequadas de suprimento de água, e apenas pouco mais de 2% dão destinação adequada aos dejetos. São precárias ainda as informações sobre danos causados à população pela poluição ambi-

ental, particularmente a criminosa utilização de agrotóxicos.

Sem dúvida, as condições de vida espelhadas nesses dados são as principais responsáveis pelas condições de saúde da população. Modificações na estrutura econômica, como a elevação dos níveis de renda, de emprego, o aumento da produção de alimentos, a reforma agrária, por si só promoveriam impactos extraordinários sobre as condições de vida aqui referidas.

A grande ocorrência de doenças e mortes facilmente evitáveis por medidas de controle relativamente simples, há muito disponíveis entre nós, indica, de outra parte, que a organização dos serviços de saúde não tem sido orientada no sentido do atendimento às prioridades epidemiológicas, ou seja, às reais necessidades da população.

A conformação atual do nosso Sistema Nacional de Saúde, conquanto tenha raízes históricas anteriores, ganhou contornos nítidos com o regime autoritário de 1964. Na primeira metade do século, já se tinha estabelecido a artificial separação entre as ações de caráter coletivo, promoção e proteção da saúde, das de caráter curativo. Estas a cargo dos antigos institutos de aposentadoria e pensões.

Até 1964, no entanto, a assistência médica era fornecida basicamente por serviços próprios dos IAPs; a compra de serviços a terceiros apareceu antes daquele ano, mas era pouco expressiva. O regime de 1964 modificou substancialmente a Política Nacional de Saúde; de um lado os recursos destinados ao Ministério da Saúde, responsável pelas ações de caráter coletivo, decrescem significativamente. Se em 1968 representavam, proporcionalmente, 12,6% dos gastos públicos com a função saúde, a assistência médica, em 1971, já correspondia a 50% dos recursos. Nesse mesmo período, a Previdência Social eleva o seu percentual de participação, de 42,7 para 54%. Considere-se que, nesse período, os trabalhadores já tinham sido afastados do processo político decisório dos institutos, e em 1966 ocorreu o processo de fusão e surgimento do INPS.

De modo semelhante ao que ocorreu nos vários campos da economia brasileira, o Estado passa a dar prioridade à contratação de serviços privados. Ao mesmo tempo em que depende financeiramente do setor público, o setor privado exibe vigoroso crescimento e expansão; o INPS passa a ser o grande comprador de serviços ao setor privado, de tal forma que já em 1967, três anos, portanto, depois do golpe, 80% dos hospitais privados no País já estavam contratados. Ressalte-se ainda que a expansão do setor privado lucrativo nacional acompanha-se da expansão dos negócios das indústrias transnacionais, fabricantes de medicamentos e equipamentos.

Dada à notoriedade do assunto em todos os segmentos sociais, talvez seria desnecessário nos referirmos ao mecanismo de faturamento do complexo médico – hospitalar privado por atos praticados, de há muito denunciado como o principal fator estimulador das fraudes e, em conseqüência, de parcela significativa das diversas crises financeiras por que passou a Previdência Social nas duas últimas décadas.

A Lei nº 6.229, de 1975, tenta consolidar essa estrutura vigente ao estabelecer formalmente a divisão de responsabilidades entre o Ministério da Saúde e da Previdência e Assistência Social, além de indicar exclusividade ao Ministério do Interior no campo do saneamento, situação que passara a ocorrer também anteriormente, a partir do PLANASA, quando foram discriminados por esse plano, embora fosse um plano nacional, todos os serviços autônomos de água e esgotos pertencentes aos próprios municípios, inclusive os administrados pela Fundação SESP**,** que durante 17 anos não conseguiu um financiamento sequer dos recursos do BNH.

O Ministério da Educação, de acordo com esse diploma legal, permaneceu com a responsabilidade de preparação de pessoal

e operação dos seus serviços próprios, predominantemente nos Hospitais Universitários. Aos governos estaduais foram atribuídas funções não muito definidas no campo do planejamento, coordenação e execução de ações, particularmente no que se refere aos serviços básicos. Aos municípios se indicavam responsabilidade para implantação e operação dos serviços de pronto socorro.

Resumiríamos as características do sistema de saúde, organizado com base em premissas distorcidas pela lógica da lucratividade, nos seguintes pontos: ações dicotomizadas em função da fase da história natural da doença; predominância da assistência médico-hospitalar e de tecnologias de alto custo. Em 1984, os recursos federais para atenção médico-hospitalar, segundo o IPEA, corresponderam a 84% dos gastos com a função saúde, enquanto apenas 2,36% foram destinados aos serviços básicos. Concentração de serviços nas áreas urbanas e regiões mais desenvolvidas – o Sudeste dispõe, por cada mil habitantes, mais do dobro do número de leitos da Região Nordeste. Em 1983, o INAMPS ofereceu seis vezes mais consultas por habitante/ano na Região Sudeste que para várias regiões do Nordeste.

Este ano, por exemplo, o INAMPS gastará do total alocado para os seus serviços próprios. 2/3 na Região Sudeste. O mesmo ocorre com os recursos alocados para os serviços contratados.

Esse sistema apresenta ainda outras características: multiplicidades de órgãos nas diversas esferas de governo, com insatisfatório grau de integração programática e operacional; excessiva centralização politica e financeira no nível federal de governo; dependência externa quanto à produção de insumos básicos, vacinas, medicamentos e equipamentos; questões referentes ao saneamento básico conduzidas sob a ótica empresarial e bancária.

Poderíamos dizer, então, que o sistema de saúde ainda vigente tem características antidemocrática, antipopular e antinacional.

Diante do quadro atual se impõe a mudança. Nosso compromisso é com uma ampla reforma sanitária, cuja meta-síntese é o Sistema Unificado de Saúde.

Para que o Sistema Unificado de Saúde seja instrumento de garantia de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado e, portanto, que o Sistema Unificado de Saúde garanta a universalização e a equidade, compromissos estes assumidos pelo Governo da Nova República em praças públicas, são fundamentais algumas condições:

1º) O Sistema Unificado de Saúde implica num comando único para a condução da Política Nacional de Saúde. Este comando único, na fase de transição, poderia situar-se num organismo colegiado, que incluísse representações dos órgãos federais com atuação nos campos social e econômico, além de representações da sociedade civil organizada.

2º) O Sistema Unificado de Saúde deve assegurar autonomia política, administrativa e financeira aos estados e municípios, definindo-se as responsabilidades por nível de governo.

3º) O Sistema Unificado de Saúde deve ser organizado com base epidemiológica e ter prioridades claramente definidas em função das necessidades locais e regionais.

4º) O Sistema Unificado de Saúde deve ter suporte financeiro estável, com recursos predominantemente provenientes de impostos e integrados em um fundo único por cada nível de governo.

5º) É indispensável que a reforma fiscal e tributária, que esperamos que a Constituinte venha a promover, tenha em conta também as nossas propostas de reforma sanitária.

6º) O Sistema Unificado de Saúde deve ser coerente com a integralidade da atenção a saúde, eliminando-se as dicotomias hoje existentes.

7º) Na Política Nacional de Saúde devem estar inseridas as questões relativas aos agravos à saúde pelas condições do trabalho, bem como a política de meio ambiente e de saneamento básico.

Aliás, esse tinha sido um compromisso assumido pelo Presidente Tancredo Neves, na Câmara dos Deputados, em novembro de 1984, quando assegurou às Comissões de Saúde da Câmara e do Saneamento, que faria retornar o saneamento ao setor saúde, tirando-o de uma fria carteira de um banco, o Banco Nacional de Habitação.

8º) O Sistema Unificado de Saúde deve estruturar-se com base nos conceitos de descentralização, regionalização e hieraquia – só centralizar o que realmente não for possível descentralizar.

Nesse contexto ganha destaque a municipalização dos serviços de saúde e saneamento, aliás, tema e objeto de um relatório minucioso da 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963.

9º) O Sistema Unificado de Saúde deve estabelecer novos mecanismos de relação com o setor privado, que se situe com características de gestão pública.

10º) O Sistema Unificado de Saúde exige nova política de recursos humanos, na qual insere-se o tempo integral e o estímulo à dedicação exclusiva.

11º) O Sistema Unificado de Saúde deve estabelecer mecanismo de participação da população organizada na definição das prioridades, no acompanhamento da execução das ações programadas e na aplicação dos recursos alocados em todos os níveis.

No caminho para a construção desse novo sistema, entende-se que cumpriu, e ainda cumprirá durante algum tempo, papel fundamental, a proposta de Ações Integradas de Saúde. Conquanto em algumas situações, o seu espaço tenha sido ocupado pela tentativa de racionalização dos gastos públicos, particularmente os previdenciários de um lado, do outro a possibilidade de captação de recursos pelos estados e municípios com o retraimento dos recursos do Tesouro oriundos desses níveis de governo, deve-se buscar o aperfeiçoamento dos mecanismos de planejamento e programação, a partir dos níveis locais, da coordenação da execução e do acompanhamento pelos diferentes níveis envolvidos.

Disse muitas vezes o Deputado Carlos Sant'Anna, quando Ministro da Saúde, que a primeira e importante tarefa sua seria a conquista da decisão política para a resolução dos grandes problemas de saúde que afligem a população brasileira. Grandes avanços, considerando-se a conjuntura por que passamos no ano passado, no meu entender, foram conseguidos. De 1,9 trilhão de cruzeiros, que o Ministro Carlos Sant'Anna comparava com o Banco Sulbrasileiro, já que quase este montante de recursos foi alocado para cobrir o rombo do Banco Sulbrasileiro, no governo da Nova República, (dizia o Ministro Carlos Sant'Anna que o orçamento do Ministério da Saúde era de apenas um pouco mais de um Sulbrasileiro), o orçamento do Ministério da Saúde, de 1985, para 1986, elevou-se, desses 1,9 trilhão de cruzeiros, para quase 15 trilhões.

Por outro lado, por parte do INAMPS, as Ações Integradas de Saúde ganham dimensão realmente significativa. Para este ano, o INAMPS alocou mais de 10 trilhões de cruzeiros para as Ações Integradas de Saúde, quando no ano passado essa quantia foi um pouco mais de um trilhão. O processo de transição para o Sistema Unificado de Saúde, porém, se já vinha crescendo com as Ações Integradas de Saúde, sem dúvida nenhuma ganha outra dimensão com esta 8ª Conferência Nacional de Saúde.

As teses que aqui forem referendadas iniciarão sua caminhada segura no rumo da efetiva decisão política, a materializar-se na Assembléia Nacional Constituinte a instalar-se em 1987. Aqui renova-se a esperança; nova aurora em cada dia, mas há que se cuidar do broto para que a vida nos dê flor e fruto

A PARTICIPAÇÃO DE TODOS NA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA UNIFICADO DE SAÚDE

HÉSIO DE ALBUQUERQUE CORDEIRO
Presidente do Instituto Nacional de
Assistência Médica e Previdência Social

Tenho a sensação de que a 8ª Conferência Nacional de Saúde terá, para o campo das políticas de saúde, um significado idêntico ao que as medidas econômicas recentemente decretadas pelo Presidente José Sarney tiveram no campo da economia. Elas tiveram, certamente, o sentido de vincular a política econômica. E a 8ª Conferência marcará ou demarcará um ponto de inflexão nas políticas de saúde e na estrutura do setor de saúde; ela significará e está significando, certamente, a consolidação de lutas que travamos, e que todos travamos, nas oposições ao regime autoritário. Traduz nesse momento as teses às propostas, os debates formulados num antigo e histórico, mas ainda atual documento do CEBES – Centro de Estudos Brasileiros para a Saúde, denominado "A saúde e a questão democrática", e se traduziu e se traduz pela posição das entidades, das associações de classe, das formas de organização da população que foram aprofundando e discutindo a temática da saúde.

Creio que conseguimos avanços, conseguimos algumas vitórias a partir do Governo da Nova República; conseguimos aperfeiçoamentos, mudanças no âmbito do Ministério da Saúde, no âmbito do Ministério da Previdência Social, no âmbito do INAMPS.

Entretanto, as distorções, as deformações historicamente construídas nesse sistema não foram corrigidas, e um pouco, eu que me acostumei nas oposições, e na oposição, e que rotulava e colocava a Previdência Social um pouco como o vilão da história, me resta um pouco a sensação de que a situação ainda não mudou, a Previdência ainda é um pouco o vilão da história.

E essas deformações que se acumularam, essa forma perversa do desenvolvimento do sistema de saúde, realmente vai exigir um grau de unidade, um grau de trabalho conjunto, um grau de compromisso conjunto, que foi soldado na luta política anterior, e não é o momento e nem é adequado que se desfaça agora. É preciso que todos os segmentos progressistas no campo da saúde, independente dos seus recortes ideológicos, independente das suas opções políticas, todas elas respeitáveis, consolidem, construam e toquem adiante aquele projeto que soldou, que solidificou as lutas na oposição. É preciso que tanto aqueles que hoje se situam no âmbito da administração pública, portanto são governo, como aqueles companheiros e companheiras que por opção política são oposição a esse mesmo governo, encontremos juntos os denominadores comuns, como Yunes apontava, o que há de consenso e o que há de dissenso, quais as estratégias mais viáveis e as estratégias que devem ser consolidadas, no sentido de tornar uma realidade aquilo que já no documento do CEBs, em 1976, ou

1978, se apontava como a necessidade da construção de um sistema unificado e que foi matizado, foi aperfeiçoado, foi levado adiante com propostas mais recentes, propostas, no meu entender, mais abrangentes, oriundas do documento da ABRASCO, por exemplo, pela reforma sanitária, oriundas dos trabalhos de Cristina Possas, oriundas e presentes na intervenção de Sérgio Arouca, na palestra de abertura.

E esse conceito mais abrangente, já se mencionou aqui, é o da reforma sanitária, que inclui como uma das suas dimensões a construção de um sistema unificado, que se expande, se estende para outras práticas, como o controle do meio ambiente, como o controle e a proteção do ambiente do trabalho, como a prioridade à saúde do trabalhador, como a questão do saneamento, como a questão da vigilância sanitária e assim por diante; ou seja, a proposta abrangente da reforma sanitária, creio hoje, solidifica e cristaliza essas lutas do passado.

Toda a história autoritária do País (uma história autoritária que teve a sua demarcação máxima com o Regime de 64, mas que faz parte da tradição e da história republicana do País) tem a tendência centralizante, a tendência da concentração de poder no âmbito federal; creio que a construção de um sistema unificado e a construção e a aplicação de uma reforma sanitária devem ter um forte conteúdo de descentralização, de democratização e participação de todos os segmentos da população. Deve ser altamente descentralizado, certamente com base nas experiências das secretarias de saúde, na base das experiências das Ações Integradas de Saúde, na reformulação e na renovação dessas experiências. E deve ter como base a consideração da extrema heterogeneidade da organização do sistema de saúde nas várias regiões do País; reverter o modeio concentracionista que privilegiou as regiões Sul e Sudeste, privilegiou em termos de distribuição de recursos, de equipamentos e de recursos humanos. Significa considerar essa heterogeneidade, significa, talvez, construir múltiplos sistemas unificados de saúde com base estadual e regional, sob a orientação de um órgão ou de órgãos centrais que sejam formuladores e avaliadores de uma política de saúde, mas que, realmente, a execução, a programação, o ajuste se dê no âmbito específico das realidades regionais estaduais, como forma de reversão desse modelo concentracionista, desse modelo perverso e desigual que discrimina de uma forma tão patente os vários segmentos da população, urbana e rural, Norte e Nordeste, Sul e Sudeste, populações dispersas, e assim por diante.

Democratizar a gestão significa certamente abrir os canais de participação popular, tal como já se esboça, como já se vem fazendo, e é preciso que se reconheça e se demonstre que realmente houve avanço, para não cairmos numa posição maluca de estarmos e de sermos e de participarmos de um sistema de governo e acharmos que nada foi feito, que nada avançou.

Creio que é preciso abrir esses canais de participação popular, e isso já se iniciou, em alguma medida, através das Ações Integradas de Saúde, já se iniciou pela própria organização da população e das formas de participação que as entidades de representação popular foram buscando ao longo das suas lutas, das suas reivindicações, das suas contestações ao sistema de saúde.

Descentralizar e democratizar significam, certamente, definir o serviço de saúde como o serviço público. Episódios como o do Hospital São Marcos se repetirão quantas vezes for necessário, toda vez que um serviço privado utilizando o seu poder de monopólio negar e impedir o acesso da população a esse serviço de saúde.

E a experiência do Hospital São Marcos não se restringe a uma medida coercitiva, sequer é uma medida estatizante, mas é uma medida que garante o acesso da população, de uma população de cerca de um milhão de habitantes, onde um único grupo monopoliza e restringe, delimita, define qual é a oferta e em que moldes essa oferta

se dá. E ela se dava muito mal, ela se dava em moldes fraudulentos, de péssima qualidade.

Mas ao lado do episódio São Marcos há também que ressaltar o episódio do Hospital Matarazzo, também em São Paulo, uma entidade filantrópica que no passado também fraudou, e que assumiu um compromisso com o governo do estado, com o INAMPS e com a população de São Paulo de mudar o seu caráter, de afastar os fraudulentos, porque os fraudulentos correspondem a uma deformação dos anos autoritários, correspondem a uma deformação da própria visão de servir que o serviço público deve ter. E nesse episódio do Matarazzo, governo do estado, Previdência Social e a direção do hospital conjugaram seus esforços no sentido de reabilitar esse hospital, de recuperá-lo para adequado atendimento à população. E mais, se começou a aplicar na prática aquilo que já vínhamos discutindo com a Confederação das Misericórdias, aqui representada pelo menos por um dos seus mais brilhantes membros, o Dr. Geraldo Justo. Diga-se de passagem que a Confederação se negou a cumprir ou a seguir as instruções de boicote pregadas pela Federação Brasileira de Hospitais e através da prática, não do discurso vazio, não do pseudodiscurso radical, foi possível abrir a composição e a direção do Hospital Matarazzo à comunidade que participará com 50% da representação do Conselho Diretivo desse hospital. Isso significa a aplicação desses conceitos de que o serviço de saúde é um serviço público; isto significa levar à prática aquilo que no âmbito do Ministério da Saúde, no âmbito do Ministério da Previdência, no âmbito do INAMPS, no âmbito do CONASS, se tem definido com tanta clareza como um novo sentido das Ações Integradas de Saúde. As ações integradas já estão deixando de ser relação de compra e venda de serviços, desde outubro de 1985, desde o momento em que por uma decisão da CIPLAN, compartilhada pelos três Ministérios, compartilhada pelo CONASS, com o apoio das secretarias de saúde, com o apoio decisivo do INAMPS, com o apoio substantivo das superintendências regionais do INAMPS, se passou a desenvolver uma programação e uma decisão orçamentária conjuntas, que definem pela primeira vez na história sanitária do País um orçamento de saúde definido em bases estaduais e que permite que o relacionamento, realmente, deixe de ser de compra e venda de serviços como já deixou de ser, porque definimos, em primeiro lugar, um novo modelo de convênio – não foi o INAMPS que definiu, foi a CIPLAN que definiu – com a participação dos três ministérios. Definimos um novo modelo de convênio onde superamos o anterior, no qual só se mencionavam, como fonte de recursos, as fontes do INAMPS. Hoje não, hoje são partes integrantes do documento das Ações Integradas, do novo convênio, do convênio que marca essa mutação no conceito de Ações Integradas, que define o que a Secretaria de Saúde entra, como entra, para que entra. Com que o Ministério da Saúde entra, para onde, em que serviços, em que setores, com o que a Previdência Social através do INAMPS participa, com que o MEC através dos hospitais universitários participa; ou seja, pela primeira vez na história das políticas de saúde do País nós temos, num momento dado, a visão do orçamento de saúde de cada estado. E isso significa o embrião, a base para a construção desse sistema unificado que tem um assentamento real na realidade sanitária de cada estado, de cada situação especifica do País.

Isso significa a possibilidade, pela primeira vez na história do País e das políticas de saúde, da constituição de um Fundo Estadual de Saúde que não seja gerido pelo caixa único dos estados, onde muitas vezes os recursos (em algumas situações nós detectamos isto) são destinados para outros fins que não os fins de prestação dos cuidados de saúde, o que compromete a destinação do recurso público.

Minha gente, a fraude não está só no INAMPS, a fraude está em todo lugar, a fraude também está nas Ações Integradas em muitas situações. E pensarmos esse aprimoramento, esse desdobramento que já existe, que já é realidade, que tem que ser dito aqui com todas as palavras, significa, também, termos um compromisso, que é o compromisso dos profissionais de saúde, que nâo é só compromisso de governo, não é sequer o compromisso de uma administração eventual, certamente passageira, como soem ser todas as administrações democráticas. É preciso que todos nós e a 8ª Conferência Nacional de Saúde demarquemos um nítido compromisso com a luta pela eficiência do setor público.

Não é possível que ainda no âmbito dos hospitais próprios do INAMPS o custo da hospitalização seja 8 a 10 vezes maior do que em outros hospitais. Às vezes até mesmo maior do que nos hospitais universitários, para uma série de condições, da ociosidade, do abandono das instalações, do sucateamento das instalações de todo o setor público, que representou o resultado concreto da política autoritária no campo da saúde.

O sucateamento da rede pública, o sucateamento que levou à deteriorização física e moral da administração dos hospitais e dos ambulatórios públicos; este tem que ser o nítido compromisso desta Conferência e este tem sido o nítido compromisso da administração do Ministério da Saúde, do Ministério da Previdência Social; isso tem sido um nítido compromisso do CONASS. É preciso aprofundar, é preciso definir esses compromissos para que o setor público seja uma espécie de parâmetro de qualidade, parâmetro de avaliação tecnológica, parâmetro de decisão sobre o que incorporar e o como incorporar no âmbito da saúde, parâmetro de qualidade para nosso balizamento no relacionamento com o setor privado. E significa, ao mesmo tempo, que se reafirma o compromisso com o setor público, reafirmamos também o compromisso de um novo modelo de relacionamento com o setor privado que, como eu disse, já está presente, não é uma proposta, não é um discurso vazio, não é um documento – é uma realidade. A partir de quê? A partir dos exemplos que eu dei, do relacionamento com as Santas Casas, com as entidades filantrópicas. A partir da prioridade que se dá em termos de utilização plena do setor público, do combate à ociosidade do setor público e do caráter de conjugação e de integração das ações com as entidades filantrópicas beneficentes e com o setor privado de caráter lucrativo, entendido como serviço público e baseado em parâmetros de relacionamento jurídico sobre o qual já se vem trabalhando, pelo menos desde setembro do ano passado, e que foram consubstanciados por uma portaria do Ministro Waldir Pires, definindo que o novo modelo de contrato padrão se centrará nas bases do direito administrativo, do direito público e não do direito civil. Não o relacionamento entre INAMPS, ou que órgão de saúde seja, com um igual, um particular, mas uma relação do poder público que represente a cristalização, a coagulação dos interesses da sociedade com um prestador privado que tem interesses próprios específicos, e muitas vezes distintos e conflitantes com o interesse da coletividade.

O relacionamento entre setor público e prestador individual não pode, portanto, se dar no campo do direito civil. E isso já está definido, isso deverá ser e terá que ser aprovado ainda ao longo do mês de abril, para que se defina e se estabeleça realmente esse novo nível de relacionamento jurídico.

Tanto quanto com as entidades filantrópicas, é necessário aprofundar e aplicar o compromisso de estender essa modalidade de relacionamento no estado de São Paulo, por exemplo, com 140 pequenos hospitais comunitários; como em Minas Gerais, onde já se logrou a extensão aos trabalhadores rurais, já se está conseguindo universalizar os cuidados da saúde. Já se poderá estender, e eu concluo, a igualdade ao atendi-

mento urbano e rural, através, inclusive, desses mecanismos de articulação com as entidades filantrópicas, com as entidades privadas como um todo, e com a boa e plena utilização do serviço público.

Creio que há pontos ainda extremamente controversos – a questão do pessoal de saúde, como buscar a isonomia, como enfrentar a questão corporativa para que os padrões éticos se consolidem cada vez mais e se criem condições para o adequado desempenho ético das profissões da saúde. Como garantir a qualidade e a resolubilidade dos serviços de saúde; como garantir o controle social da qualidade dos serviços, não apenas dos serviços de saúde, dos cuidados de saúde, mas também do controle do meio ambiente, do controle do ambiente do trabalho.

E aí, creio que nós poderemos estar resolvendo uma questão que o Yunes também colocava, a questão da estrutura de poder, repetindo o que disse, de uma forma magistral, Maria da Conceição Tavares alguns dias atrás: realmente nós não podemos conceber o poder dentro da conceituação de uma mera e simples utilização da racionalidade dos meios. Para a preservação do poder e para auto-reprodução do poder, nós só podemos entender o poder enquanto um poder aberto à participação democrática e enquando um poder que transforme o próprio poder, que transforme as próprias estruturas de poder. Este, creio, será o compromissso da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

DEBATES

O Sr. Antônio Ivo de Carvalho – A FAMERJ (600 associações de moradores existentes no Estado do Rio de Janeiro) e também as milhares de outras associações de moradores em maior ou menor grau que existem espalhadas hoje pelo País vêm acompanhando de maneira intensa estes debates acerca do drama da falta de saúde da população, que não é uma história nova para a FAMERJ. Nós, há muitos anos, vimos a nível do bairro, a nível dos municípios e a nível do estado desenvolvendo esse debate através de comissões de saúde, através de grandes encontros, como foi o 1º Encontro Popular pela Saúde, num enfrentamento que tem procurado ser muito cotidiano, muito intenso com esta realidade. E nisto a FAMERJ se construiu também, se construiu enquanto organização, se consolidou enquanto um sistema de organizações locais da população e aprimorou suas idéias.

Foi distribuído no Plenário um pequeno documento que coloca, adianta algumas idéias nascidas desse debate, que não tem a tonalidade técnica, mas que são idéias que procuram contribuir para este debate e para estas mudanças.

Nós gostariamos de considerar nossa presença hoje, aqui nesta Mesa, e de resto toda a nossa participação nesta Conferência, que consideramos também nossa, uma conquista, um avanço desse processo de mudança, que, embora lento, vem se dando a partir da pressão e da presença cada vez maior da população. Queremos marcar nossa presença Lembrando a nós todos, mil delegados, três mil participantes, que para além do nosso debate, das nossas idéias externadas aqui nesta Conferência, temos uma realidade de saúde muitíssimo dramática; nós temos milhões de brasileiros e brasileiras, jovens, velhos, trabalhadores que são vitimados diariamente pela realidade de saúde que temos aqui já debatido nestes dois dias de conferência e descrito com precisão. Mas nós queremos lembrar e trazer, a presença desses milhões de brasileiros, a lembrança das 500 mil crianças que morrem por ano neste País por razões ligadas à fome; queremos trazer esta presença não pelo lado dos números, não pelo lado das estatísticas, mas pelo lado de uma população que espera, anseia por mudanças a partir desta Conferência.

Nós temos esta responsabilidade, temos a urgência que esta realidade dramática exige. Nós compartilhamos das idéias apontadas aqui por alguns debatedores como idéias consensuais, idéias que diagnosticam a perversidade do sistema de saúde até então vigente e das distorções geradas durante todos esses anos. Nós apenas gostaríamos de lembrar que se pensamos que esse um sistema iníquo, que esse é um sistema que não serve á população, que esse é um sis-

tema que tem, longe de garantir a saúde, produzido a falta de saúde, produzido a doença e produzido o próprio sistema perverso, nós não podemos discutir alternativas desse sistema sem apontar com muita clareza, com muita precisão, as razões pelas quais esse sistema anterior, esse sistema que ainda hoje é vigente, que ainda hoje deixa os seus efeitos, pôde prevalecer durante todos esses anos e dar esses resultados. E nossa experiência, a experiência do debate com a população e das associações de moradores aponta com muita clareza, com muita precisão para o fato de que esse sistema de saúde, que tem essas características centralizadoras e autoritárias, tem servido alguém. Tem, na medida em que exclui do acesso à saúde milhões de brasileiros, mantido o privilégio de setores que, minoritários, fazem da saúde a sua forma de garantia de privilégios. A saúde como fonte de lucro tem sido a lógica desse sistema até agora. E isto é a ferida que tem de ser tocada.

Esta tem sido a raiz de todas as distorções, a impunidade das fraudes, o horror de toda a falta de administração, da falta de acesso da população, o horror do que se passa, o horror da lógica de lucro que opera, como foi dito aqui, não apenas a nível dos donos de hospitais, não apenas a nível da rede assistencial, mas a nível da política de medicamentos desse País, a nível da vampiresca política de sangue, que permite, não apenas simbolicamente, que esse grande capital, esse capital voraz, seja capaz de tirar o sangue do trabalhador.

Isto existe, isto não é fantasia, isto não é adjetivo. Isto existe, todos nós trabalhadores, profissionais de saúde, dirigentes de instituições sabemos que isto existe e que isto não é de fácil remoção. Queremos reafirmar a idéia da saúde como direito de todos e dever do Estado; queremos nos comprometer com a constatação de que isto não é uma mudança possível de ser feita da noite para o dia. Nós não queremos sair desta Conferência com uma lista de boas idéias que jamais serão colocadas em prática; queremos reafirmar nosso otimismo, mas apontando que saúde como direito de todos e dever do Estado é uma luta a ser travada, é uma luta a ser continuada, onde a participação da população, onde a participação dos trabalhadores será fundamental.

Nós imaginamos que é impensável se discutir seriamente como reorganizar o Sistema Nacional de Saúde numa lógica de um dever, o Estado assumindo o provimento como dever, sem se exigir que esse Estado, ao prover a saúde como direito, seja também um Estado que assuma como sua a responsabilidade de prestar os serviços de saúde, assuma como sua a responsabilidade de impedir que se lucre com a saúde, que assuma como sua a responsabilidade de impedir que alguém neste País possa enriquecer às custas da doença da população, pois só assim a saúde será um direito de todos.

Para nós, as associações de moradores, isto é uma convicção e uma idéia que tem que ser colocada. Nós não imaginamos, com todo o nosso otimismo, que as mudanças possam ser feitas da noite para o dia, não imaginamos que as propostas a serem aprovadas aqui sejam apenas para serem colocadas a nível de doutrina, de um ideal. Nós queremos sair daqui com medidas concretas, com rumos, com um norteamento de uma política a ser aplicada. No entanto, achamos, para que isso possa ocorrer, que algumas questões não podem ser escamoteadas, e para nós, das associações de moradores, a idéia, a bandeira é que o Estado assuma integralmente a responsabilidade, com a garantia de saúde para a população, na política de medicamentos, na política de tecnologia, na política assistencial. É uma meta a ser alcançada. E aqui nos cabe formular uma estratégia que, com base na mobilização da população (que é aquela que tem sido a principal prejudicada) com base na participação, não apenas como uma característica, um dos atributos de um novo modelo da saúde, mas como um elemento

estratégico, possa garantir, de fato, a saúde como um direito de todos, assumida por um Estado democrático, que garanta a participação da população.

É impensável, é uma brincadeira discutir financiamento de saúde sem discutir a questão da dívida externa. Este País é sangrado cotidianamente em bilhões de cruzeiros, que são recursos preciosos que seriam da maior utilidade para a reconstrução, no Brasil, desse sistema de saúde.

É impensável imaginar a extensão, a universalização do atendimento, sem discutir a questão da reforma agrária, que hoje em dia, pelo monopólio da terra, mantém ainda marginalizados milhões de trabalhadores. São discussões correlatas do processo de construção do sistema alternativo, do sistema orientado pela saúde como direito de todos, a ser assumido pelo Estado é um processo simultâneo à democratização do próprio Estado, que começa e já se dá, aqui, nesta Conferência. E acreditamos, nós das associações de moradores, que o setor saúde tem uma contribuição importante neste sentido e depende, neste momento, de nós nesta Conferência, das nossas liberações e do compromisso que moradores, trabalhadores, profissionais de saúde e setores dirigentes das instituições mantenham ao longo deste ano, garantindo esse tipo de meta.

O Dr. Francisco Xavier Beduschi – A Federação Nacional dos Médicos, através de suas discussões internas e externas junto com a população, junto com outros segmentos da área sindical e da sociedade, traz uma posição para esta Conferência, cujos principais pontos já foram amplamente contemplados pelos oradores que nos precederam. Ela fecha plenamente – e acha muito importante, já faz parte de sua tradição de luta – com "saúde é um direito universal da cidadania, do cidadão e um dever do Estado". Ela acha também que esse direito deve ser viabilizado através da instituição de um Serviço Nacional de Saúde universal e gratuito, assim como pela criação de condições econômicas, sociais e culturais, que possibilitem a proteção à infância, à juventude e à velhice.

São necessárias, ainda, a melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho da população, bem como a promoção da cultura física, desportiva, escolar e popular, aliada ao desenvolvimento da educação sanitária do povo.

Achamos, também, e é um ponto muito importante, que a prestação direta dos serviços de saúde pelo Estado é a única garantia que a população tem de sua continuidade, de que o sistema seja participativo e democrático e que as prioridades maiores sejam as realmente almejadas e necessitadas pela comunidade.

Achamos que a convivência com a iniciativa privada no setor de saúde deverá ocorrer na medida em que haja necessidade de se repartir um espaço, mas que a participação direta pelo Estado deverá ser uma meta a ser conseguida dentro de um prazo, dentro de um cronograma de trabalho e dentro de um direcionamento da saúde, no sentido da real promoção da saúde e não do tratamento da doença. E neste sentido temos bem claro que deve haver uma diferenciação muito grande entre promoção de saúde e tratamento de doença.

Na promoção da saúde, deve participar, e participam realmente, se o programa se propõe ser efetivo, toda a comunidade, todos os segmentos da sociedade, e na área de promoção de saúde – o trabalho mais significativo e importante – o trabalho menos volumétrico, de peso específico menor, é realmente o trabalho do médico e o trabalho do hospital.

O trabalho do hospital na área de promoção de saúde, dentro da atual política brasileira, tem tido um peso específico igual a zero; ele entra num peso específico maior no tratamento da doença, e este tratamento da doença não pode ser a prioridade maior de um sistema de saúde, já que propomos um redirecionamento e uma promoção efetiva da saúde da população, e

não só da população urbana, não só da população trabalhadora e informalmente empregada, mas de toda a população brasileira. Também achamos que na formulação de um sistema nacional de saúde, na medida em que se contemple o homem do campo com a reforma agrária, não devemos nos ater exclusivamente à reforma agrária como uma reforma física de propriedade, mas sim como uma reforma social muito mais profunda, onde o homem do campo receba tudo que ele necessita para o exercício de sua cidadania.

Quando nós preconizamos também a descentralização das ações de saúde, a democratização participativa de toda a sociedade, nós levamos no bojo de nossa proposta a municipalização das ações de saúde, na medida em que o município, como a unidade federativa de maior intimidade administrativa com o povo, terá condições mais legítimas e eficientes de gerir seu próprio sistema, em cima das necessidades locais, viabilizando uma real participação comunitária, menos burocratizada do que a participação comunitária de âmbito maior, de âmbito estadual ou federal, e partindo do município os escalonamentos necessários para que a comunidade se manifeste efetivamente. Nós achamos que no momento em que o benefício social for o alvo maior e não o retorno lucrativo do capital investido, o relacionamento do sistema promotor de saúde com a população poderá se desenvolver da maneira mais justa. E quando falamos isto, assumimos plenamente a convicção manifestada pela maioria das categorias mais jovens da classe médica e por grande parte da totalidade da categoria médica brasileira, de que, em se tratando de saúde do povo, em se tratando de um sistema patrocinado, gerenciado e participado democraticamente pelas comunidades e pelos prestadores de serviços e sob responsabilidade do Estado, como bem disse o Yunes, o assalariamento dos prestadores de serviço é realmente o caminho que conduz à moralização administrativa e operacional do sistema. E quando achamos isto, não estamos tentando descaracterizar o relacionamento de solidariedade humana entre quem exerce a medicina e a população de uma maneira geral. E não falo nesse relacionamento de solidariedade humana como um privilégio ou apanágio do médico, mas sim de todo o equipamento de saúde, que por ser comunitário, por ser participativo, por ser um produto de entrosamento entre a política de saúde e os receptores locais das ações de saúde, ele irá e deverá, senão perderá a sua autenticidade, ter um relacionamento extremamente pessoal com esta população, um relacionamento de extrema solidariedade social e não somente afetiva e poética.

Nós achamos que, para finalizar, houve um avanço muito grande nas propostas de participação popular e de municipalização na proposta de uma Política Nacional de Saúde. O Yunes deixou muito bem caracterizado quando definiu os diversos conflitos interinstitucionais, os diversos conflitos dentro da própria classe, os diversos conflitos que estão no momento emperrando um Sistema Unificado de Saúde, embora não estejam emperrando – graças a Deus – a proposta de universalização da assistência à saúde.

Achamos que esse sistema deverá avançar muito mais, e avançando rumo à municipalização e à participação comunitária é que garantiremos a autenticidade, a democratização e a moralidade do sistema. E sistema de saúde, volto a lembrar aos companheiros presentes, não é exclusivamente a promoção da ausência da doença pelo trabalho do técnico específico da área de saúde. Sistema de saúde, meus senhores, é trabalho condigno, com remuneração condigna, é alimentação, é moradia, é educação, é liberdade, é direito de optar dentro da própria vida. A saúde passa pelas liberdades constitucionais; a saúde não é um privilégio que uma população conquiste exclusivamente através do progresso econô-

mico; a saúde faz parte integral e importante do avanço social de uma população.

O Sr. José Francisco da Silva – A CONTAG tem sobre si a responsabilidade de coordenar e encaminhar a luta dos trabalhadores rurais a nível nacional. São eles os assalariados rurais que somam 8 milhões no país inteiro, sendo mais de 6 milhões de trabalhadores sazonais bóias-frias ou temporários, posseiros e os pequenos agricultores que trabalham com a família. Somos nós que sofremos no decorrer destes 20 anos de autoritarismo as maiores conseqüências no que diz respeito ao direito, tanto individual quanto ao direito mais abrangente, coletivo, dos trabalhadores, no caso, aqui, a saúde.

Nós entendemos que como já colocado por pessoas que me antecederam, dificilmente se define uma política sem uma reflexão, sem uma articulação com outros programas, com mudança da estrutura mais global.

O que se observou durante esse período foi um forte processo de expulsão dos trabalhadores do campo e da cidade, haja vista a inchação dos grandes centros urbanos, o crescimento desordenado das cidades e das favelas; o que se observou foi o aumento do trabalho temporário, do trabalho sazonal: hoje, mais de 6 milhões de trabalhadores bóias-frias trabalhando em situações precárias, em municípios e fazendas, morrendo de virada de caminhão, em condições as piores possíveis. O que se observou foi a violência no campo contra aqueles que reivindicam direitos trabalhistas e a conquista da propriedade da terra; o que se observou foi a concentração da riqueza e a concentração da propriedade do meio rural.

Então, isso não foi por acaso que se deu, foi em decorrência da aplicação de uma política econômica desastrosa, que marginalizou a classe trabalhadora no que diz respeito a salário, a emprego, a terra e a saúde. Dificilmente se encontra caminho para redefinição de uma política de saúde sem mexer nessa estrutura, sem mexer, sem reformular essas programações que já foram aqui colocadas. A questão da dívida externa, por exemplo, que já foi colocada pelo companheiro da FAMERJ, que é uma tremenda sangria na economia brasileira para pagamento de débito que beneficiou uma pequena parcela da população e as multinacionais, os banqueiros, os latifundiários e assim por diante.

Concordamos com determinados princípios aqui enumerados; há necessidade, realmente, de uma reformulação da política de saúde, da definição de um programa de saúde integrado, onde passe a haver um caixa comum, a nível de Estado, a nível municipal e a nível nacional. Mas, acima de tudo, que haja uma ampla participação dos segmentos da sociedade, da população, dos trabalhadores. Essa participação deve se dar de forma igualitária, não apenas falar em nome da população, em nome dos trabalhadores e decidir a favor das empresas, a favor dos empresários, a favor exatamente dos especuladores no campo da medicina.

É de se reconhecer o esforço que a Nova República está fazendo, através do INAMPS, através do Ministério da Saúde, na busca da definição desse programa. Mas o que a gente nota de diferença dessa fase de transição política que estamos vivendo da ditadura de que começamos a sair, é exatamente o espaço que se abre para a população se organizar e pressionar ora o governo, ora as empresas, para fazer valer as suas reivindicações, os seus direitos. Porque do contrário, se esperarmos apenas medidas de cima para baixo, apenas medidas oficiais, sem participação efetiva da sociedade, do movimento sindical, tal definição realmente não acontecerá ou deixará a desejar.

É verdade que há esse esforço, ainda mesmo sem alterar a legislação, para a integração dos trabalhadores rurais do serviço médico hospitalar de forma igualitária. Está se dando nos estados do Sul, em Minas Gerais, e a tendência é que se espalhe

para todo o Brasil. Isto se vem dando através de uma convicção, é claro, do próprio ex-Ministro da Previdência, Waldir Pires, do Dr. Hésio e do pessoal que se integra nesta política. Mas vem se dando, acima de tudo, pela organização e pela pressão dos trabalhadores a nível de cada comunidade e de cada estado. Sem isso não se garante a efetuação dessa integração dos trabalhadores rurais no atendimento médico-hospitalar de forma igualitária. Haja vista o que aconteceu no Rio Grande do Sul: a Federação dos Trabalhadores na Agricultura por diversas vezes teve que mobilizar os pequenos agricultores e ocupar a Assembléia Legislativa, ocupar a sede do INAMPS, fazer concentração em Porto Alegre para enfrentar, exatamente, a guerra contra os hospitais, contra os empresários da medicina, contra os especuladores da saúde do trabalhador.

Com isso nós não deixamos de reconhecer a importância da classe médica, o papel que ela desempenha para humanizar os serviços, mas não podemos confundir a classe médica com diretores de empresas hospitalares privadas, porque, na realidade, os médicos também são marginalizados nessas empresas. É necessário que haja essa vinculação dos organismos, é necessário que haja a definição desse programa integrado; mas é necessário, como bem disse o Secretário de Saúde de São Paulo, que as comissões municipais, comissões estaduais e os órgãos nacionais a serem criados tenham poder de intervir nos hospitais particulares e até públicos quando estes especulam com a saúde do trabalhador ou jogam os trabalhadores na marginalidade. E, acima de tudo, que o Estado também adquira condições institucionais para intervir e desapropriar, assim como deve ser feito com os latifúndios, para colocar a propriedade a serviço da sua função social. Os hospitais que não se sjustem a determinados critérios deverão também ser desapropriados para que passem a desenvolver realmente essa função, se colocar a serviço da coletividade e não apenas a serviço de determinados grupos especuladores. Mas me traz um certo receio quando um congresso desta natureza, uma conferência desta natureza aponta medidas importantes e atribui as soluções apenas à Assembléia Nacional Constituinte, que vai ser realizada este ano, devendo processar algumas mudanças na Constituição, a partir do próximo ano.

Mais importante é aproveitar essa experiência que está em andamento, de integração dos serviços, e levá-la à prática, fazer com que a população cada dia mais participe do disciplinamento desses serviços. O povo está sendo convocado para ir para a rua fiscalizar os supermercados. Espero que a sociedade abra espaço para esse pessoal fiscalizar também os serviços de saúde e criar condições para impor ao governo a implantação do processo de reforma agrária neste País.

Os salários são baixos – salário-mínimo de 800 cruzados por mês não vai resolver a situação de vida da população. Essas medidas econômicas adotadas recentemente têm aspectos importantes, é verdade, mas não vão resolver o problema salarial da classe trabalhadora; quem está ganhando 800 cruzados vai continuar ganhando 800 cruzados se não houver mudanças eficazes na política econômica e na política salarial.

A ditadura não teve força suficiente para se impor diante da ganância do lucro dos empresários e das multinacionais. A nossa esperança é que a sociedade e a democracia abram espaços para esse permanente confronto entre trabalhador e empresário e, quando necessário, entre trabalhador e governo para que a partir daí haja uma efetiva distribuição da riqueza neste País, já que a sociedade igualitária almejada pelos brasileiros ainda está distante. Mas, pelo menos, uma política mais distributiva onde os trabalhadores, os segmentos da sociedade tenham acesso aos serviços de saúde, à educação, à casa, à moradia, ao trabalho, à

alimentação. Isto realmente deve ser a política perseguida e assumida com a participação efetiva dos sindicatos e da sociedade como um todo. O movimento sindical não deve ter vergonha de apoiar as medidas positivas do governo, mas também deve ter a hombridade de criticar o governo naquilo em que ele é omisso e quando na realidade adota medidas para prejudicar a população.

Nós não queremos alimentar apenas uma ficção de democracia ou de transição ou de Nova República quando, na realidade, se faz discurso para o trabalhador, para a população e se planeja para as empresas, para as multinacionais, para concentrar os lucros, esses grandes lucros.

O Dr. José Luís Riani Costa – Vamos tentar, neste momento em que voltamos à Mesa, retomar alguns pontos do que foi apresentado pelos expositores e debatedores. Eu gostaria de recomeçar tomando os cinco pontos participantes da Mesa: a questão de que cabe realmente ao Estado garantir a saúde através dos seus serviços públicos e a revisão do relacionamento com o setor privado; a questão do sistema único de saúde, também enfatizado em vários momentos, com a coordenação de um órgão colegiado, com a representação de todos os setores que interferem ou que têm a ver com o fato de a saúde não ser somente uma assistência médica, mas também envolver todos os outros setores que determinam um conceito de saúde muito mais amplo e que, certamente, foi debatido ontem em todos os grupos; a questão da participação popular, a participação dos trabalhadores, a participação de todos os interessados no desenvolvimento desse sistema único. E a necessidade de mais recursos para o setor saúde, com a discussão que certamente será engrossada na Mesa de amanhã.

Então, retomando estes aspectos, eu gostaria de começar a pensar em analisar isto do ponto de vista de saúde do trabalhador.

Embora nós estejamos à frente da Secretaria há apenas duas semanas, é com grande satisfação que participamos hoje desta Mesa e, com maior satisfação ainda, ver que hoje, em vários momentos, houve a citação da questão da saúde do trabalhador, da determinação da saúde do trabalhador pelas relações de trabalho, pelas condições em que o trabalho é realizado, pela remuneração e pelo acesso a um sistema mais amplo de saúde.

Alguns anos atrás, quando se discutia o PREV-SAÚDE, e eu começava nessa área de saúde do trabalhador, fiquei assustado, perplexo, a ver que não havia uma única palavra com referência à saúde do trabalhador. E hoje, sete anos depois, a gente começa a perceber, em vários documentos que foram distribuídos à Conferência e nas falas de vários dos participantes da Mesa, a questão da saúde do trabalhador ser incorporada.

Existem encontros específicos que foram realizados nos últimos meses e que traduzem também uma preocupação crescente do setor saúde com a questão de saúde do trabalhador. Houve um encontro promovido pela Organização Pan-Americana de Saúde, realizado em Campinas há uns dois anos, com a presença de vários países latino-americanos, em que esta questão foi bastante discutida, e de lá para cá tivemos alguns encontros específicos. Citaria aqui a realização de uma reunião, por exemplo, em Juiz de Fora, Minas Gerais, e que tem um documento muito importante como ponto de partida para esta discussão. Àqueles que tiverem interesses específicos na questão de saúde do trabalhador, poderíamos facilitar o acesso a esse documento.

Houve uma reunião em Bauru, Estado de São Paulo, que desenvolve um programa de saúde do trabalhador bastante importante, com várias outras experiências em municípios do Estado de São Paulo e de outros estados que desenvolvem a questão da saúde do trabalhador. Houve um encontro específico, também, na Baixada Santista e houve um promovido pelo Ministério da Saúde, através da FIOCRUZ e do INAMPS, no Rio de Janeiro, como preparatório para esta Con-

ferência e que também tem um documento escrito.

Eu gostaria de colocar a questão de saúde do trabalhador dentro de uma discussão mais ampla, discutindo rapidamente alguns direitos que vêm se consagrando em relação à saúde do trabalhador.

O primeiro direito que se relaciona com a saúde é o direito ao trabalho; o direito ao pleno exercício do trabalho por todo cidadão, e que esse trabalho tenha uma remuneração justa, que satisfaça às necessidades fundamentais suas e de sua família. Então isto está relacionado com o trabalho e reflete-se diretamente na saúde do trabalhador e dos seus dependentes. Mas existem três direitos específicos na relação saúde e trabalho que eu gostaria de aqui analisar.

1) Todo trabalhador tem direito de conhecer os riscos a que está exposto. É inadmissível que um trabalhador vá trabalhar com agentes cancerígenos, como o amianto, como o benzeno, como vários metais e não seja informado de que aquilo é um cancerígeno. É impossível trabalhar com uma máquina perigosa que lhe pode amputar o braço ou que pode ser fatal num acidente, e ele não ser informado deste risco.

Para o exercício desse direito de conhecer os riscos, há necessidade de uma participação ampla de vários setores, começando pelo Ministério do Trabalho, pelos outros Ministérios envolvidos com a questão da saúde, com as entidades representativas dos trabalhadores, sindicatos e associações, com as associações de moradores, ou seja, uma discussão ampla para que todos os trabalhadores, por categoria e por região, conheçam os riscos a que estão expostos. Acho que isto é elementar, não há quem discorde deste direito fundamental.

2) Ao conhecer esses riscos existentes, o trabalhador tem direito a trabalhar nas condições adequadas que preservem e elevem o seu nível de saúde.

Existe toda uma legislação que, por maior a crítica que se possa fazer, é uma legislação muito eficiente se aplicada adequadamente na proteção à saúde do trabalhador.

O não cumprimento da legislação, representando risco à saúde do trabalhador, este tem que ter garantias de que, ao ter o conhecimento do risco, ao ter conhecimento da legislação que regulamenta isto, ao ter conhecimento do que se faz necessário para a correção de riscos, ele tem que ter o direito de não se expor, não ser obrigado a se expor neste trabalho, negando-se a trabalhar sob risco, por existir um descumprimento de uma legislação específica neste setor.

Isto, evidentemente, vem junto com uma série de outros direitos que permitam ao trabalhador, neste momento, recusar um trabalho de risco e não ter ameaçado o seu emprego ou a sua situação profissional.

3) Então, o terceiro direito do trabalhador, nesta questão específica de saúde do trabalho, é o direito a participar da solução dos problemas que estão relacionados à sua saúde. E essa participação se faz a vários níveis. Existem, por exemplo, as comissões internas de prevenção de acidentes, que precisam ser amplamente remodeladas e, inclusive, ampliada a sua possibilidade de participação; mas hoje já é garantida, pela legislação trabalhista, a possibilidade de o trabalhador participar no encaminhamento da solução dos problemas relacionados ao seu ambiente de trabalho.

Contudo, mais importante do que isto, seria a participação dos trabalhadores em todos os níveis de definição da assistência prestada à sua saúde, e aí, então, seria importante a gente abordar a questão das Ações Integradas de Saúde no que diz respeito à saúde do trabalhador.

O Ministério do Trabalho ainda hoje não participa da CIPLAN. As delegacias regionais do trabalho e outros órgãos regionais do trabalho não participam dos órgãos colegiados das Ações Integradas de Saúde a nível dos estados e das regiões dos estados. Esta é uma participação efetiva, que a gente acha que pode existir no Ministério do Trabalho. Entretanto, mais importante do que

isto é a representação dos trabalhadores em todos esses níveis também. É prevista a participação dos trabalhadores em, pelo menos, um nível, mas nós achamos que as Ações Integradas só terão efetivamente, cumprido o seu papel na medida em que os trabalhadores participarem, efetivamente de todos os níveis de órgãos colegiados das Ações Integradas de Saúde.

Esta participação se daria desde a definição das ações que vão se desenvolver, porque é uma preocupação nossa, também, que, quando se fale em Ações Integradas de Saúde, não se restrinja a algumas experiências que temos visto, que, na verdade, é apenas a compra de assistência médica pelo setor público como vendedor deste serviço, e não realmente um programa de Ações Integradas em Saúde, onde entraria a questão do saneamento, a questão do meio ambiente, a questão do ambiente de trabalho.

Gostaríamos que esta 8ª Conferência Nacional de Saúde fosse um marco para que a saúde do trabalhador passasse a ser entendida como parte integrante da saúde, assim como o seneamento, assim como a questão da habitação, da educação, e que nós tivéssemos a possibilidade de ter amplamente envolvidos, na questão da definição da política de saúde no País, os órgãos representativos dos trabalhadores e órgãos centrais ou regionais do Ministério do Trabalho que tenham preocupações específicas com a saúde dos trabalhadores.

O Dr. Sebastião Loureiro – Em primeiro lugar eu queria dizer da minha satisfação em estar participando desta Mesa como representante de duas entidades que são parte da história do movimento pela democratização da saúde. Gostaria que ficasse claro que grande parte das contribuições que apareceram nesta discussão da 8ª Conferência Nacional de Saúde é fruto de um debate, de análises, de estudos, de propostas que foram trazidas para o debate através do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Neste trabalho nós temos estado juntos com os segmentos da população que têm trabalhado por uma melhor condição e qualidade de saúde e pelo direito universal à saúde.

A minha intervenção como debatedor nesta sessão demonstra que estávamos preparados para fazer a apresentação de alguns pontos que estão no documento da ABRASCO e no documento do CEBES, que são posições claras, com propostas bem específicas sobre o tema "Reformulação do Sistema Nacional de Saúde". Muitas destas propostas já foram apresentadas hoje, aqui na Mesa, pelos expositores, de modo que vou passar a exercer o papel de debatedor, realmente, para que fiquem claras algumas posições que aparentemente são coincidentes, mas que, no fundo, podem revelar algumas divergências que devem ser trabalhadas, devem ser discutidas, devem ser debatidas e para que o Plenário final desta reunião possa trazer decisões mais concretas para a continuidade deste debate.

Em primeiro lugar, o Dr. Adib Jatene coloca a questão da saúde, ao que me pareceu, muito limitada à questão da assistência médica. O nosso entendimento é que saúde é uma questão muito mais ampla, e, embora outros expositores tenham apresentado aqui esta nova concepção ampliada de saúde, como foi discutida na sessão anterior, na mesa-redonda de ontem, gostaria de frisar que a CEBES e a ABRASCO têm um conceito de saúde que não se restringe à assistência médica, à saúde. Este conceito de saúde envolve o cuidado com o ambiente, envolve o controle de endemias, envolve o controle de agrotóxicos, envolve uma série de outras atividades que têm relação direta com a saúde; envolve, também, a relação com outros órgãos, com outras políticas sociais que têm implicação com a questão da saúde. Este é um primeiro ponto que eu gostaria de deixar bem claro.

O outro ponto que me parece deva ser esclarecido é a questão do que se está chamando o Sistema Unificado de Saúde ou o

Sistema Único de Saúde. Acho que há uma diferença sutil entre estes dois conceitos: um sistema unificado de saúde pressupõe algumas coisas em termo de integração administrativa e burocrática. O que nós queremos, como já foi dito, não é fazer uma integração administrativa e burocrática, mas ter um outro sistema de saúde que não se resuma, unicamente, à integração do INAMPS com o Ministério da Saúde. Nós queremos um sistema de saúde que integre, além desses órgãos, com ações no setor saúde específicos, os hospitais universitários, os hospitais das Forças Armadas, os serviços de saúde do trabalhador, o saneamento e todos os órgãos que têm a ver com saúde e que estão dispersos e espalhados por toda a burocracia estatal.

Na realidade, nós propomos um outro órgão, para que se deixem de lado esses resquícios de alianças de instituições que foram muito prejudiciais ao desenvolvimento de uma nova política de saúde. Este é um ponto que gostaria de esclarecer, também. O que nós queremos realmente é uma implosão desses dois sistemas. Esta é uma proposta que trazemos para discutir.

Outro ponto que é necessário ser discutido aqui, é a questão do que se está falando como participação da população na gestão e controle dos serviços. Esta participação da população não pode ser unicamente na gestão e controle dos serviços; tem que ser na formulação da própria política de saúde.

Este é o ponto básico. Embora aparentemente estejamos falando a mesma coisa, acho que essas **nuances** têm que ser esclarecidas. E esta participação deve começar já, com o que nós temos até aqui que é a questão das Ações Integradas de Saúde. Por que não colocá-la ao nível de todas as representações das AIS, a participação popular mais efetiva? Acho que nisto toda essa organização tem um papel importante.

Deve ser também lembrada aqui uma colocação do Dr. João Yunes de que já temos as AIS, a que, me parece, ele dá um peso importante como uma proposta, como um modelo para o desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde e como um novo modelo para a reorganização do setor saúde. Acreditamos que embora as AIS sejam uma proposta estratégica, não vão cumprir o papel de dar saúde para todos; as AIS não vão cumprir o papel de fazer com que a saúde seja acessível e seja um direito de toda a população. Acho que nós precisamos ter uma nova proposta das AIS.

Outro ponto que creio deve ser tomado para debate é de como vamos dar continuidade a esse processo. Esse é um compromisso que esta 8ª Conferência Nacional de Saúde tem. Acho que os participantes desta Conferência devem se organizar para levar esta proposta adiante. Nós vamos sair daqui e continuar este processo de debate, este processo de organização, no sentido de cada vez mais trazer, junto à sociedade civil e com os órgãos governamentais, propostas que avancem este processo. Assegurar a continuidade dos debates, dos temas específicos, assegurar, também, que haja um debate específico sobre a questão previdenciária, que é uma necessidade e deve ser um compromisso desta Conferência.

Apenas para terminar, pois temos pouco tempo (acho que se deve deixar algum tempo para o debate), gostaria de afirmar uma coisa: na medida em que se quer que nós, profissionais de saúde, usuários da saúde, as organizações de saúde, nos tornemos fiscais da saúde, nós precisamos que medidas iguais às que foram tomadas com a reorganização do setor econômico sejam também tomadas na área da saúde.

O Dr. Ubaldo Dantas – Todos ouviram, os que estão atentos e ainda devem estar lembrados, do compromisso assumido aqui, nesta 8ª Conferência, pelo Presidente José Sarney, ao reconhcer o direito de todo brasileiro à saúde, sob a tutela do Estado, sob o dever do Estado – compromisso assumido, aqui, pelo Presidente.

Talvez alguns tenham ficado ainda, e tantos ficaram, na expectativa da coisa

maior, do compromisso maior, como aconteceu na área econômica, por uma resolução de risco do tudo ou nada, que se espera que tenha a mesma aplicação, a mesma coragem cívica em relação à área social e, particularmente, saúde, meio e fim de toda uma vida.

Não houve nenhuma reunião ainda, pelo menos até o momento, das secretarias municipais de saúde em função deste Encontro – eu digo a nível de Brasil, para que eu possa falar em nome dos municípios brasileiros, pela diversificação, pela variedade, pelo tamanho e gigantismo de uma região metropolitana, ou pelo município tão distante, na sua miséria, na sua distância dos centros de decisão e da capacidade resolutiva dos seus problemas cotidianos.

Há um medo já existente aqui, nesta Conferência. Talvez quem tenha falado com mais clareza nesta própria Mesa tenha sido, pela FAMERJ, o Antônio Ivo de Carvalho. A expectativa não é sair desta Conferência Nacional de Saúde com uma lista de idéias que sempre terão lugar em debates e sempre continuarão longe da prática. A verdade é que o discurso da municipalização pode ser o motivo da não unificação dos serviços, pode ser o motivo básico, completo, ideológico até, e de uma maneira, também, para a prática do poder, em função da clareza e da necessidade de tantos documentos, de tantas reuniões, de tantas decisões em relação a um sistema único de saúde no Brasil.

O município, basicamente, tem esta posição, uma posição sem medo de todas as **nuances** que podem ser apresentadas, por exemplo, em relação ao gigantismo que representa ou poderá representar a unificação, para que aconteça um sistema realmente único, do gigantesco INAMPS, com o fraco Ministério da Saúde, onde estamos a relembrar, como o Secretário-Geral do próprio Ministério da Saúde há pouco lamentava a mudança tão drástica, tão violenta e tão grande de um trilhão, menos de dois, para quase quatorze trilhões em apenas um ano, para falar apenas em mudança de orçamento.

A regionalização no Brasil, nessa diversidade de tamanho e capacidade de cada município, se agrega muito mais à idéia de pequenos sistemas unificados dentro de um grande guarda-chuva, com a clareza realmente de sistema único.

A municipalização não pode, e também há um receio justificado em relação a isto, ser motivo de protelação em sua clareza, da dúvida se ocorrerá municipalização ou prefeiturização, que sempre serão coisas distintas. Dentro do município, sempre, a questão saúde, acontece e acontecerá na decisão de um gabinete de prefeito, na decisão da comunidade que se organiza, associações de bairros, sindicatos, com maior clareza, trabalhadores expressando seus direitos. Mas as decisões têm que ser divididas, quando se pensa em saúde em relação à rua e à questão rural, na própria reforma do campo, na reforma agrária, na questão da casa, da habitação e, finalmente, até chegar ao corpo, e, alguns acrescentariam, “até a alma".

Até que ponto a atenção médica realmente é para ser modificada, modificada como exemplo do topa-tudo, a favor da brasilidade? Quando os sindicatos médicos terão a oportunidade clara, um função de Brasil, de passar agora a defender o emprego único de médico, e não essa pluralidade, essa diversidade, onde o médico fica de meia a 2 horas em cada lugar, não prestando serviços em nenhum, até sua própria consciência ficar abalada por esse direito anteriormente conquistado e expresso na Constituição atual: o direito a mais de um emprego.

O desencontro de tudo que acontece no País se comemora nos municípios; e na questão de saúde é mais do que óbvio o desencontro entre o urbano e o rural, entre o Centro-Sul e o Nordeste, entre os trabalhadores contribuintes e os que aparentemente não contribuem, mas, para sobreviver, o fazem indiretamente, o que significa parti-

cipação, ter a sua quota de direito dentro da própria Previdência.

Dentro desse direito de cidadania, quando se compra o direito de sobreviver, é no município que temos uma estratégia montada, declarada, em relação a também essa expectativa de Constituinte. Todos os males do país estão entregues a uma Constituinte.

A verdade é que se esperava do governo de Tancredo Neves, que nos 100 primeiros dias o Brasil tivesse a coragem, através do seu Presidente eleito e de que maneira foi eleito, embora absorvido por toda a sociedade brasileira! – a coragem cívica de ter esta atitude social. Era promessa dele.

Todos, agora, já estamos a esperar em 1988 – como já foi falado aqui pelo próprio Presidente da República – a 9ª Conferência Nacional de Saúde. O medo é que estejamos a duvidar de e a discutir decisões que ainda vão ocorrer durante o ano de 1987, depois da votação da Assembléia Constituinte (seus efeitos apenas se instalando a partir de 1988).

E o que pode acontecer em relação a essa dívida tão enorme, a esses acontecimentos tão impostergáveis, e que cada reunião justifica e aceita como exercício de cidadania, mas dentro de um roteiro, dentro de uma prudência onde já está tudo escrito a respeito, os riscos, até certa forma, calculados? Mas uma democracia não pode ter todos os seus riscos escritos, calculados, enxergados e contabilizados. A democracia requer também essa própria dose de risco, e nós não estamos isolados no mundo em relação a decisões que podem ser tomadas aqui, sem ter muito a inventar a partir da própria experiência do mundo, da experiência de outras nações, da experiência da própria raça humana.

Falta decisão; a decisão que, claro, tem que ser abrangente, em todas as políticas que se congregam, para motivarem esta necessidade que requer e que tem seu efeito sobre saúde: medicamentos, alimentos, tecnologia, o uso incentivado da tecnologia alternativa, para que, realmente, possamos, nesse acontecimento a nível de município, participar com ênfase da decisão e não nessa pluralidade das idéias políticas, mas também na pluralidade de idéias da própria decisão.

Não é possível que esta 8ª Conferência chegue ao seu fim sem a vontade manifesta com toda a clareza a respeito de um sistema único de saúde para toda a nação. Ouvimos, há pouco, o presidente do INAMPS comentar as mudanças das próprias Ações Integradas pelo Brasil. Pois são estas ações integradas que têm níveis e um escalonamento de ações com uma diversidade tão grande, com uma variação tão grande pelo Brasil, que o meu estado, a Bahia, não sei por que, nesse atavismo, continua num grau tão primário e tão rudimentar de integração e de vontade de se expressar, realmente, na redenção da história.

A apresentação de um debatedor numa Mesa tão complexa como esta, depois de ouvir o próprio Presidente da República, e depois de ouvir o seu compromisso de saúde como dever do Estado e direito do cidadão, só se pode expressar reconfirmando tudo na ansiedade de quem já teve experiência de participar de encontros, também, de um volume e de uma grandeza como esta, mas cujas decisões foram também adiadas e as oportunidades não foram seguras com a mão firme da cidadania. Não há sentido em se continuar com dois Ministérios; não há sentido em que o município fique na adivinhação de qual vai ser a próxima decisão tomada pelo bom humor de dirigentes, de ministros, para que as ações possam realmente acontecer de uma maneira coerente, certa e até planejada, planejada para mudar o que nós esperamos em matéria de saúde, de Brasil, e de oportunidade democrática. Basicamente, era o que eu queria registrar.

O Dr. Carlos Corrêa de Menezes Sant' Anna – É especialmente para os grupos de trabalho que quero dirigir uma mensagem toda especial. Ano passado, com o adven-

to do novo governo, do governo de Tancredo Neves, que se transformou no governo de José Sarney, nós vínhamos de uma seqüência, durante décadas de reuniões, de seminários, de simpósios, que culminaram em documentos decisivos, que se transformaram no programa de Governo da Nova República e no programa dos 100 primeiros dias do Governo Tancredo Neves, da COPAG, que indicavam nitidamente ações governamentais na direção do sistema único, sob comando único.

No momento em que essas ações iam ser implementadas formaram-se as equipes de governo, e nas equipes formadas, uma parte de todos esses elementos que compuseram esses documentos foi para o Ministério da Previdência, para o INAMPS; outra parte foi para o Ministério da Saúde. Esta circunstância gerou um impasse institucional e reabriu uma discussão que parecia ultrapassada e vencida; mas é exatamente na raiz desta circunstância que nasceu a 8.ª Conferência Nacional de Saúde, porque, então, valorizaram-se as pessoas mais do que as instituições. Exatamente porque o relacionamento pessoal e as pessoas que estavam ocupando as posições foram consideradas mais importantes do que o ordenamento institucional, surgiu uma nova questão, de que a discussão da estrutura e do sistema de saúde não estava suficientemente debatida, especialmente porque não estava debatida pelos usuários do sistema, por organizações como a CUT, a CONCLAT, a CONTAG, a CNTI e outras que poderiam e deveriam participar do debate. Entendemos, o Presidente e o então Ministro da Saúde que lhes fala, que havia necessidade de se abrir um novo e amplo debate, que fosse uma pré-Constituinte sim, mas que fosse debate conclusivo, diante da circunstância que para grandes decisões no novo governo seria indispensável que estas decisões repassassem e saíssem caldeadas por uma reunião deste âmbito, deste aspecto e desta abrangência.

Vejam bem que o regime autoritário fragmentou o sistema de saúde: no Ministério da Saúde, onde colocou as ações preventivas coletivas; no Ministério da Educação que tem, talvez, a maior estrutura hospitalar pública da Federação – só de próprios, 32 hospitais, fora os conveniados, que são considerados hospitais de ensino. No Ministério da Previdência, que tem o INAMPS, o maior órgão pagador de assistência médica, que gastará este ano 54 trilhões de cruzeiros, aproximadamente, comparados com os 15 trilhões do Ministério da Saúde; o Ministério do Trabalho com toda a saúde ocupacional; as Forças Armadas com todos os hospitais e todos os órgãos. Essa parafernália, num dado instante, diante da loucura que tudo isso gerou, diante do fato de que o INAMPS transformou-se, numa certa época, em mero intermediador de repasses de recursos, numa relação de compra e venda de assistência médica entre o poder público e o setor privado, que hipertrofiou e degenerou-se; diante disto, tudo ainda no próprio regime autoritário, diante da parafernália construída, iniciou-se um programa chamado de Ações Integradas de Saúde – as AIS. As AIS não são da Nova República, elas não vieram com os novos tempos, elas vieram apenas como uma estratégia racionalizadora de um esquema que era infernalmente, esquizofrenicamente setorizado e louco.

Nós temos nesta 8.ª Conferência um papel muito importante; nós não podemos sair dela – e é por isto que eu me dirijo aos grupos de trabalho – apenas dizendo que basta transformar as AIS num plano de governo, quando as AIS não se constituem em plano de governo; as AIS são uma estratégia temporária, elas representam um mecanismo temporário de ação. São uma etapa, uma fase, mas não podem de forma nenhuma se transformar num plano nacional de saúde, porque não são um plano de saúde. Como encontramos um sistema completamente esquizofrênico, na forma como os próprios documentos o adjetivam, era

preciso dar uma certa ordem à esquizofrenia setorial. Esta ordem foi dada. O ano de 1985, talvez, foi o melhor ano de implementação das AIS. E por que? Porque os ministros se entendiam muito bem, o da Previdência, o da Educação e o da Saúde; porque o presidente do INAMPS se entendia muito bem com todas as equipes, a equipe do INAMPS com a equipe da Saúde. Mas nós, profissionais de saúde, não podemos deixar que as coisas fiquem na relação do entendimento pessoal. Ubaldo Dantas tem muita razão, porque nós passaremos, as instituições permanecerão. O que esta Conferência tem de encontrar, para que ela realmente tenha sentido, são indicadores efetivos para que o Governo da República institua um novo sistema de saúde. Não é fazer somente diagnóstico, diagnóstico no sentido de relatarmos a situação caótica em que nos encontramos, diagnóstico no sentido de como se dar ordem, certa ordem à relação caótica, e deixarmos tudo como está. Aí eu direi que, além da inflação inercial, existe também um sistema inercial que está na cabeça de todos nós e que por inércia, não queremos nos livrar do sistema paranafernálico que aí está e não temos a coragem de querer realmente modificá-lo.

É importante, portanto, que os grupos de trabalho ao concluírem os seus estudos e mandarem os seus relatórios, por favor não façam meramente diagnóstico; se puderem, inclusive, evitem o diagnóstico. O que importa é saber: vamos deixar esse sistema de saúde como ele está, fragmentado, torto? Vamos usar as AIS, que foram mera estratégia do regime autoritário? Basta ler os documentos publicados pelo presidente anterior do INAMPS, e nós poderemos lê-los e achar que eles estão muito bem, porque eles dizem no discurso coisas que nós estamos repetindo agora. Pois muito bem, o que é preciso é que os grupos de trabalho indiquem que reformulações vamos fazer. Algumas irão para a Constituinte, sem dúvida e debateremos isto amanhã à noite, mas outras poderão ser implementadas imediatamente, através de mensagens que o Executivo enviará ao Congresso Nacional para a mudança do sistema único.

Um comentário ainda: não basta implodir os dois sistemas de saúde – gostei até da expressão do Sebastião Loureiro. Implodir os sistemas de saúde será uma medida eficiente se nós soubermos o que vamos construir depois e pudermos indicar o que vai resultar da implosão.

Também, por outro lado, se a 8ª Conferência, a mais ampla, a mais abrangente, a mais participativa, a mais democrática, chegar à conclusão de que não tem indicação para mudar esse sistema que aí está, então eu chegarei à conclusão de que a ampla discussão não valeu de nada, porque nós não estamos reunidos aqui para convalidar o sistema de saúde espúrio que o regime autoritário nos deixou!

Nós estamos aqui reunidos para, de forma criativa, de forma objetiva, indicar à Nova República que sistema vamos construir. É este o trabalho de hoje à tarde, e é para isto que eu os conclamo. Por favor, vamos extrair destes trabalhos, com objetividade, o sistema único que será transformado na mensagem que o Executivo enviará ao Congresso Nacional, como mensagem do governo na implantação do sistema único de saúde. Só assim nós poderemos realmente convalidar, porque a saúde é um direito de todos os brasileiros e é um dever do Estado.

O Dr. Adib Jatene – Queria, primeiro, prestar um esclarecimento para o Sebastião. Eu entendia que, como a Mesa tem elementos de várias áreas, cada elemento tratando de um tópico, e como há vários debatedores, cada um debateria os tópicos e, depois, os grupos de trabalho iriam trabalhar em cima. Ou seja, não limitei a questão da saúde à assistência médica. Apenas não queria falar sobre tudo de uma maneira superficial.

Foi colocada, aqui, a participação da população no debate, na formulação da

política de saúde e proposto que se comece já com esta participação. Quero dizer que, neste particular, acumulamos uma experiência muito rica em São Paulo. Em 1979, a Comissão de Saúde da Zona Leste (e tem representantes desta Comissão de Saúde, aqui, que podem testemunhar isto) participou, na Secretaria, de inúmeras reuniões para determinar o rumo do tipo de assistência que se deveria executar naquela região e o que deveria ser feito. Isto serviu de base para que se fizesse um projeto em São Paulo, que eu recebi, embrionário, do Professor Walter Lezério. Trabalhei com a população no sentido de detalhar o projeto; entreguei para o Dr. João Yunes um projeto elaborado, com financiamento contratado, e que está sendo continuado. Ou seja, há possibilidade de que consolidemos a idéia de que o governo não são as pessoas que ocupam os cargos num determinado momento, mas que o governo é o resultado da participação, do interesse e da dedicação de todos aqueles que, dentro da sociedade, estão buscando solucionar os problemas.

E se fizermos desta forma, vamos garantir a continuidade, porque ela não irá depender das pessoas que ocupam os cargos, mas irá depender da população que assume os equipamentos de saúde que se lhe colocam, e que não são equipamentos do governo, são equipamentos da população, e a população passa a cuidar dos equipamentos como se fossem alguma coisa dela. Esta é a idéia que nós temos sobre este assunto.

PAINEL

FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE

Presidente: **Senador Severo Gomes**

Expositores: **Doutor Adolpho Chorny**
Professor da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz
Doutor André César Médici
Economista do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
Doutor Pedro Luiz Barros Silva
Professor do Instituto de Economia da Universidade de Campinas
Doutor Humberto Gomes de Melo
Representante do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS)

Debatedores: **Geraldo Justo**
Representante da Confederação das Misericórdias do Brasil

Luiz Cordoni Júnior
Secretário de Saúde e do Bem-Estar Social do Paraná

Luis Roberto de Oliveira
Representante da Confederação Nacional das Classes Trabalhadoras (CONCLAT)

Nelson Guimarães Proença
Representante da Associação Médica Brasileira (AMB)

Vítor Gomes Pinto
Técnico de Planejamento do Instituto de Planejamento Econômico e Social (IPEA)

CORREÇÃO DO FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE

ADOLPHO CHORNY
Professor da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz

Ao longo destes dias, vimos a necessidade de que o setor conte com mais verbas, diversas propostas sobre taxações e impostos. Para mim, pelo menos, não ficou claro quem deve pagar, para que deve pagar, a quem deve pagar e quem vai se beneficiar com toda essa proposta de reforma financeira.

Em princípio, as fontes primárias dos recursos financeiros são três: a população, as empresas, incluindo as empresas do Estado, e o setor interno – empréstimos, subsídios etc.

Cada um desses setores aporta de modos diferentes, e a discussão, até agora, centrou-se nos modos mais adequados para a obtenção dos recursos necessários ao setor saúde.

Quando analisamos o modo pelo qual esses três setores aportam, vemos o seguinte: a população aporta através de tributos, contribuições – por exemplo, a contribuição previdenciária – e isto vai formar os tesouros, os fundos que, em geral, o próprio Estado, mediante diversos mecanismos, realoca nas instituições estaduais ou privadas. Porém, a população aporta de dois modos diferentes:

1) a partir das contribuições que são retiradas do salário do trabalhador;

2) na compra de qualquer produto, onde os tributos pagos pela empresa são repassados ao preço da mercadoria. Então, o trabalhador aporta duas vezes: uma, como contribuição direta; outra, toda vez que consome qualquer tipo de produto, e aqui é acompanhado pelo restante da população.

As empresas tributam de diversas maneiras: sobre o capital, sobre a folha de pagamento, sobre faturamento, e, em geral, este tipo de imposto é repassado ao preço do produto. Se a linha de crédito é externo não merece maior discussão. Os recursos são canalizados pelo Tesouro, quer seja federal, estadual ou municipal, ou são encaminhados diretamente às instituições – no caso de saúde, o IAPAS –, que se encarregam dos benefícios a que a população trabalhadora tem direito.

Os recursos destinados à saúde são gastos de dois modos:

1) para manter o próprio sistema de saúde;

2) para a compra de serviços ou bens do setor privado.

Dentro dos gastos do próprio setor, temos os gastos de salários – todos já colocaram como inadequados os salários do setor público, a falta de isonomia salarial, as diferenças entre as diversas categorias etc. De outro lado, há os gastos em insumos ou investimentos, construções. Tanto os insumos como os investimentos, em geral, significam novamente transferência de recursos ao setor privado, que é basica-

mente quem produz insumos, por um lado, e quem constrói e equipa, por outro, prédios para a saúde. Toda esta imensa circulação se faz à custa de alguma dissipação do próprio dinheiro arrecadado, que não chega a seu destino final. Uma dissipação provocada pelo funcionamento da própria máquina do Estado. Portanto, quanto mais repasses dentro dos organismos e instâncias do Estado, menos dinheiro fica para ser investido nas atividades finais – e alimenta, em primeiro lugar, o serviço de saúde na sua atual configuração.

Aqui vem uma primeira questão: hoje, estamos precisando de mais recursos para o setor saúde, porque o setor público, em grande medida, é ineficiente. É insuficiente quanto à capacidade instalada de recursos. A sua produtividade é por todos conhecida, e como já foi colocado diversas vezes, é baixa. As diferenças salariais são enormes. Sendo enormes, são desiguais quanto aos deveres que elas implicam, no seguinte sentido: quem menos ganha, dentro do sistema de saúde, mais trabalha; quem mais ganha, como não é pago de acordo com o que se considera justo, tem a faculdade de trabalhar menos do que o convencionado no contrato. Então, para ser mais claro, o médico contratado por vinte horas semanais trabalha dez, seis, quatro horas. A atendente, contratada por trinta horas, trabalha trinta e cinco, quarenta horas, senão o sistema pára. Então, já temos uma base de desigualdade, dentro do próprio sistema, que não se corrige só por medida financeira.

Em segundo lugar, esse sistema aparentemente gratuito, a que toda a população teria direito implica, para se fazer uso desta gratuidade, em que tenhamos possibilidade de gastar alguma coisa – gastar comprando medicamentos, gastar locomovendo até o local de atendimento e, em muitos casos, pagando por fora o serviço recebido, no todo ou em parte.

Assim sendo, quem mais tem recursos, tem maiores possibilidades de utilizar gratuitamente os serviços. Quem menos tem contribui e não os recebe.

Então, a conclusão a que se chega é que se são necessários mais fundos para a manutenção do sistema, tem que se usar esse sistema, tem que se colocar quais as perspectivas desejadas e depois começar a discutir quais os recursos financeiros necessários.

Em toda esta discussão, o setor saúde se coloca como peticionário permanente de recursos, porém não se coloca, dentro desse sistema, as possibilidades de reordenação da estrutura de benefícios sociais e a estrutura do próprio sistema de serviços, que teriam uma política tributária diferenciada.

Em todas essas colocações que vêm sendo feitas, quando se fala que saúde é direito para todos, universalização, eqüidade, fala-se do conjunto da população brasileira, como se fossem todos iguais. Embutida neste tratamento de todos como iguais, existe uma profunda injustiça. Não são todos iguais. Há quem tem e há quem não tem, e o Estado deve ser desigual no tratamento dos desiguais. Para tanto, deveremos buscar formas de financiamento que considerem diferencialmente a população, de modo que quem menos tem, menos contribua e quem mais tem, mais contribua. É fácil de enunciar, porém difícil de implementar.

Sem dúvida, existem algumas medidas no âmbito tributário que poderiam ser tomadas. Por exemplo, se não pensamos no tributo só como fonte de recursos, e sim como elemento de intervenção e disciplinador do sistema social, veríamos que deveriam existir formas diferentes de tributo em relação ao risco que o trabalho significa para a saúde do trabalhador, de modo que fosse proporcional ao risco a que o trabalhador é submetido no processo de trabalho. Referir-se-ia mais a empresas de maior risco e induziria de algum modo a que o risco diminuísse.

Existem propostas tais como taxar o lucro do capital ou taxar aquelas empresas

de tecnologia e capital intensivo. Como enunciado geral, é aceitável; porém, como prática, além de ser difícil, volta a ter embutido certo nível de injustiça. Ninguém diz que o capital para substituição de mão-de-obra é ruim. No fim, trabalhamos para trabalhar menos. Ruim é quando o capital substitui a mão-de-obra, porém, a jornada de trabalho não é reduzida. Então, isto tem que ser penalizado – o capital, substituindo mão-de-obra e não reduzindo a jornada de trabalho.

Tudo isto implica numa visão global de economias. Não é possível dar receitas pontuais para o setor saúde no âmbito dos recursos a ele destinados, que não considerem o total dos recursos da economia e sua distribuição. Em particular, sua distribuição para os setores sociais.

Neste sentido, todas as medidas propostas são conjunturais, que não tocam a reformulação do sistema. Por enquanto, estamos colocando uma reforma do sistema, que ainda está sendo delineada; porém, as medidas financeiras estão aquém das propostas e estão mais pensadas na operação passada do sistema. Inclusive agora, com o novo ordenamento econômico, não conseguem acompanhar essa velocidade para saber qual a nova formulação da economia do País.

Para resumir, acredito que o problema do financiamento passa por algumas definições prévias: o que se quer pagar; para quem se quer pagar; o que será obtido com esse financiamento; quais os modos mais justos ou equitativos para a obtenção de recursos a partir da população e das empresas e qual o compromisso, no caso setorial, em relação à aplicação desses fundos e à participação da população no controle, tanto da origem dos fundos, quanto de sua destinação final.

Só quando se der resposta a estas perguntas conseguiremos atacar o problema de financiamento, não à base de verbalizações, e sim à base de propostas concretas que modifiquem ou ajudem a modificar a atual situação de injustiça de que participa o sistema de saúde.

ALTERNATIVAS DO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO À SAÚDE

ANDRÉ CESAR MÉDICI
Economista do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas e Professor da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz

PEDRO LUIZ BARROS SILVA
Sociólogo e Professor Assistente do Instituto de Economia da Universidade de Campinas

APRESENTAÇÃO

A análise realizada neste texto tem como objetivo proporcionar aos participantes desta Conferência um conjunto de informações que subsidiem o debate sobre a natureza, alcance e limites do financiamento das políticas sociais e da política de atenção à saúde em particular.

Em sua primeira parte, discutimos aspectos dessa questão em suas relações com um contexto de ampliação dos direitos sociais e constituição de uma cidadania plena, utilizando algumas comparações internacionais.

Na segunda parte, examinamos de modo detalhado os padrões de financiamento e gasto social e em atenção à saúde no Brasil procurando fornecer ao leitor um painel dos principais problemas e obstáculos a superar.

Finalmente, indicamos para o debate algumas alterações e novos procedimentos que poderiam auxiliar a viabilizar a proposta da atenção à saúde como direito de cada cidadão e dever do Estado.

Agradecemos profundamente a colaboração de Carlos Eduardo Souza e Silva, na revisão e discussão de partes deste texto, sem o que não teríamos concluído o trabalho em tempo hábil. Também o auxílio de Eduardo Fagnani, que desenvolve com Pedro Luiz Barros Silva um trabalho de identificação dos perfis da política social brasileira, merece destaque.

PARTE I

FINANCIAMENTO À SAÚDE: DIREITO SECURITÁRIO OU ATRIBUTO DE CIDADANIA

1 – INTRODUÇÃO

Nas sociedades avançadas, independentemente da forma de governo e organização social da produção, o conceito de cidadania vem evoluindo sistematicamente. A desagregação do feudalismo e o surgimento dos estados nacionais europeus foram os pontos de partida para a discussão, criação e estabelecimento de um conjunto de direitos e deveres do Estado para com a população e do indivíduo para com a sociedade e o Estado. Esse processo, responsável inicialmente pelo reconhecimento dos chamados "direitos civis" foi se ampliando, com o tempo, com a incorporação de novos direitos. As lutas pela derrubada do Estado Absolutista e as Revoluções Burguesas como a francesa, alargaram ainda mais o conceito de cidadania com a incorporação dos direitos políticos do cidadão, tais como liberdade de expressão, organização, sufrágio universal etc.

Mas no que tange ao campo dos direitos sociais, pode-se dizer que as revoluções burguesas e o advento do capitalismo pouco contribuíram para o seu estabelecimento. As nações que conquistaram tais direitos só o conseguiram depois de um contínuo movimento de lutas da classe trabalhadora em torno de uma maior igualdade na apropriação da riqueza social. Vários foram os caminhos percorridos para a obtenção de benefícios como o seguro social, o direito universal, as ações de saúde, educação, moradia etc., e o papel do Estado foi fundamental nesse processo.

O desenvolvimento econômico capitalista, sem a presença do Estado, traz em si o aprofundamento das desigualdades sociais, as quais, quando acirradas, podem impedir a continuidade do desenvolvimento. Dadas essas circunstâncias, a crescente participação do Estado na gestão dos aparelhos econômico e social tem atuado no sentido de corrigir os desequilíbrios decorrentes do processo de crescimento econômico.

Dessa forma, as políticas sociais passam a ser importantes instrumentos de estabilidade política e acomodação ideológica, buscando corrigir, pela via dos benefícios, as desigualdades decorrentes da repartição da renda entre os agentes produtivos. Corrigir as injustiças existentes na esfera da produção, através de uma maior regressividade indireta (via benefícios) na esfera da distribuição, constitui uma das funções primordiais do Estado nas sociedades avançadas. O desenvolvimento dessa cidadania plena e universal atingiu o seu auge a partir da 2ª Guerra, concretizando-se, em algumas nações, no chamado Estado de Bem-Estar (Welfare State), onde as políticas sociais e econômicas estão estreitamente articuladas nos moldes da teoria econômica Keynesiana.

O conceito de cidadania inerente a esta forma de intervenção do Estado incorpora o social. O Estado compactua com a sociedade pela garantia à população do acesso universal aos bens e serviços de natureza pública. Ao mesmo tempo o Estado aciona mecanismos tributários progressivos sobre a renda, com vistas a gerar recursos adicionais que possam garantir um patamar mínimo de eqüidade no suprimento desses bens e serviços.

Pode-se dizer que o desenvolvimento da cidadania social apresentou historicamente 3 estágios: O primeiro é referente às primeiras medidas ligadas ao fornecimento de determinados bens e serviços públicos para a população urbana, inerente aos primórdios do capitalismo. São exemplo dessa fase as "poor laws" inglesas; as medidas de saneamento e saúde pública levadas a efeito nos séculos XVIII e XIX; as instituições de educação e trabalho para crianças e adolescentes como as "work houses" da Inglaterra da mesma época; por último, as legislações específicas sobre jornada de trabalho e insalubridade.

O segundo estágio refere-se ao nascimento e desenvolvimento do Seguro Social. A criação de mecanismos de aposentadoria, pensões, seguros de acidentes do trabalho e de saúde, auxílio-natalidade, creches etc., embora restrito à população trabalhadora, foram as inovações trazidas ainda no final do século XIX. Vale destacar, no entanto, que nesse estágio só era beneficiário aquele trabalhador que descontava mensalmente uma parcela de sua renda para formação, junto com a contribuição dos empregados e do Estado, de um fundo pecuniário para este fim.

O terceiro estágio foi aquele alcançado com a universalização do seguro social e dos benefícios, obtidos em alguns países como a Inglaterra, Alemanha, França e outros, a partir do pós-guerra. Nesses casos a cidadania social foi assegurada de uma forma plena, através da universalização do acesso aos bens e serviços de natureza pública, independentemente da contribuição ou vínculo previdenciário por parte da população. Dessa forma, o Estado passou a assegurar a eqüidade na prestação desses serviços, garantindo um patamar mínimo de bem-estar social a qualquer cidadão.

O primeiro estágio foi uma decorrência natural das mudanças sociais trazidas pela desagregação do feudalismo e o estabelecimento dos Estados Nacionais. Nesse estágio a participação da população foi pequena, sendo a burocracia absolutista e o pensamento iluminista o principal elemento no desenvolvimento dessas medidas. Já na passagem do primeiro para o segundo e do segundo para o terceiro estágios do estabelecimento da cidadania social, foi decisiva a participação da população, em geral, e dos trabalhadores, em particular. Estes últimos, através de seus segmentos organizados, propiciaram um dinâmica social específica responsável em última instância pela ampliação dos direitos sociais.

Pode-se dizer que, no atual estágio do desenvolvimento do capitalismo, ainda existem nações desenvolvidas que não atingiram o terceiro estágio e grande parte dos países subdesenvolvidos com forma ainda embrionárias do segundo estágio sem ter passado, por motivos históricos, pelo primeiro.

2 – EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS

Um clássico exemplo onde, no campo da saúde e previdência, o terceiro estágio – o da universalização e eqüidade – foi atingido é o da Inglaterra. Até o terceiro quartel do século XIX, a evolução da medicina social inglesa restringia-se a medidas de saúde pública. O Public Health Act de 1848 foi a primeira grande medida no plano assistencial, com o estabelecimento, a nível do governo, de um General Board of Health. Tal medida orientou, de uma forma descentralizada (municipalidades) a responsabilidade de prestação de serviços de saúde no

campo das doenças transmissíveis e saneamento ambiental.

As medidas de alcance coletivo se alargam no início do século XX com a criação dos serviços gratuitos de merenda escolar e de saúde. Seguiu-se o Maternity and Child Welfare Act (1918) estabelecendo, a nível local, os serviços gratuitos de assistência médica à gestante e a crianças na primeira infância.

Em 1911 foi baixado o National Insurance Act, o primeiro programa de seguro social inglês com base em contribuições previdenciárias, fornecendo serviços médicos gratuitos aos trabalhadores que auferissem renda inferior a 160 libras anuais. Situações de doença e desemprego eram também avaliadas para o recebimento do seguro. O financiamento desse programa era baseado em contribuições de empregados, empregadores e do Estado, caracterizando assim, pela primeira vez, a forma clássica de operação dos serviços de saúde e previdência social, ainda em vigor no Brasil e em muitos países.

Por volta da década de 40 cerca de 21 milhões de pessoas estavam protegidas pelo National Insurance Act, ou seja, quase a metade da população inglesa no periodo. Mas a principal limitação do programa estava na não inclusão da família do trabalhador como beneficiária do sistema. Por outro lado, serviços mais complexos, que envolvessem internação hospitalar, não estavam previstos.

Com o final da guerra foi criado, em 1948, o Serviço Nacional de Saúde Britânico, montado a partir de um sistema de saúde organizado em três níveis. O primeiro composto pelos Serviços Médicos Gerais, que ofereciam consultas, incluindo serviços odontológicos, farmacêuticos e de oculistas, administrado pela antiga Comissão de Seguro Social. Os conselhos executivos dessas comissões eram compostos por indicações dos profissionais de saúde e pelas comunidades locais, cabendo a sua direção ao Ministério da Saúde.

O segundo nível, administrado pelas comunidades locais, correspondia aos serviços de assistência médica e saúde pública e incluia as maternidades, os serviços médicos para crianças, os visitadores sanitários, a educação para a saúde, os programas de vacinação e imunização e os serviços de ambulância.

O terceiro nível correspondia aos serviços hospitalares, administrados pelos conselhos hospitalares regionais (CAR); pelos comitês de administração hospitalar (CAH); pelos hospitais de ensino (universitários) e pelo conselho de governadores (CG). Estes últimos faziam parte da antiga estrutura de direção dos hospitais voluntários e estavam em estreito contacto com o Ministério da Saúde. A grande maioria dos hospitais estava sob supervisão dos conselhos hospitalares regionais. Os membros desses conselhos eram indicados pelo Ministro da Saúde e estes escolhiam os integrantes dos comitês de administração hospitalar.

O financiamento de todo o sistema hospitalar era feito diretamente pelo Ministério da Saúde que passava recursos aos CHR's e esses repassavam aos CAR's.

Em termos gerais, os recursos que, até hoje, mantêm o sistema de saúde inglês, passaram a ser do Tesouro, sendo que apenas uma pequena parcela é proveniente das contribuições previdenciárias dos trabalhadores. Paralelamente, o sistema prevê atenção universal à população, embora os clientes possam optar por serviços particulares e pagar por eles.

Neste breve histórico da constituição do sistema de saúde inglês cabe destacar que;

a) o processo de transição demográfica na Inglaterra ocorreu, fundamentalmente ao longo do século XIX, propiciando uma relativa estabilidade no tamanho da população a partir de meados do século XX. Isso fez com que as ações básicas de saúde naquele país não necessitassem assumir a magnitude que hoje é demandada pelos países em desenvolvimento;

b) enquanto as medidas de saúde pública foram decorrentes dos avanços técnico-científicos da medicina social e da incorporação desses valores por parte da burguesia e do Estado inglês, as ações no campo da assistência médica foram, em grande medida, reivindicações bem-sucedidas dos movimentos trabalhistas;

c) a Segunda Guerra Mundial e seus efeitos sobre o quadro de saúde da população foram fundamentais na tomada de posições quanto à necessidade de universalização da atenção médica;

d) em todo o processo, os profissionais de saúde, particularmente os médicos, tiveram papel fundamental na organização, estruturação e gestão do sistema de saúde. Dessa forma as resistências da antiga "medicina liberal" foram enfraquecidas com a introdução parcial de um sistema de remuneração por parte do Estado, que além de não quebrar a autonomia do médico no exercício profissional, manteve como facultativa a forma privada de prestação dos serviços de saúde.

Processo distinto ocorreu na Alemanha, onde a industrialização deu-se conjuntamente com a fase monopolista do capitalismo, assumindo, à via de revolução burguesa, características autoritárias e centralizadoras.

"No último quartil do século XVIII tinha-se alcançado nos estados alemães um sistema de pensamento e comportamento administrativo que atribuía, como norma, ao Estado absoluto, todas as atividades para o bem-estar. O desenvolvimento desta linha política e administrativa foi paralelo a um igualmente significante interesse dos médicos nas relações entre os problemas de saúde e a sociedade e – em particular – o Estado" (Rosen: 1983). Permeou, portanto, grande parte do pensamento social alemão, até a unificação por Bismark, a ideologia de que o Estado deveria criar e promover uma política médica com vistas a regulamentar a educação médica, supervisionar farmácias e hospitais, prevenir epidemias, combater o charlatanismo e esclarecer o público.

A partir da unificação em 1874, foram criadas as leis de seguro-doença, seguro de acidentes, seguro invalidez e por velhice, entre 1881 e 1887, estabelecendo, na época, o sistema mais bem montado de assistência social existente no mundo até então, apesar de seu caráter centralizador. Inicialmente essa legislação abrangia apenas algumas categorias de trabalhadores, tendo sido, nos primórdios do século XX expandida para todas as categorias, incluindo autônomos, artesãos e estudantes.

Os programas de saúde voltados para os pobres e indigentes sempre foram financiados com recursos do Tesouro, enquanto os de seguro social eram financiados por contribuições de empregados e empregadores. Com o tempo foram criados sistemas de seguro social e de saúde não contributivos, como os para as vítimas da Segunda Guerra, e os programas para militares, funcionários públicos etc.

Pode-se dizer que foi com o advento da República de Weimar (1919) que o seguro relativo à assistência médica se desenvolveu mais. Foi criado o auxilio-maternidade, e, em 1932, foi reestruturado o sistema de assistência médica. Nessa estrutura, "os médicos credenciados são profissionais que preenchem determinados requisitos e que, acima de tudo, estão preparados para exercer as atribuições especiais correspondentes a essa condição (...) os médicos credenciados estão reunidos em associações especiais que participam, em igualdade de condições, da responsabilidade pela manutenção de um amplo sistema de saúde. A base desse esquema é um acordo coletivo que as entidades de seguro-doença mantêm com as associações de médicos credenciados quanto à remuneração destes. Cada entidade paga as contas do seu segurado à associação respectiva e essa, por sua vez, acerta as contas com cada médico". (Zacher: 1983).

A extensão e cobertura da assistência médica na Alemanha envolvem todos os tra-

balhadores, incluindo autônomos, estudantes e suas respectivas famílias. Esta ampla cobertura tem trazido, recentemente, problemas relativos ao elevado custo de sua manutenção.

Como vimos, as principais características do sistema de saúde na Alemanha dizem respeito ao seu caráter centralizado, modelo distinto do que se desenvolveu na Inglaterra que tem nas instâncias regionais descentralizadas o seu principal instrumento de atuação.

Recentemente, a Alemanha vem sofrendo um rápido envelhecimento de sua população, o que tem tido algumas implicações no direcionamento das modalidades assistênciais. O surgimento e a hegemonia de serviços médicos de maior complexidade decorrem dessas mudanças nos padrões de morbidade relativos a uma população de perfil etário mais envelhecido.

A comparação dos modelos de desenvolvimento do sistema de saúde em países de industrialização originária, com forte conteúdo liberal na formação do Estado, como a Inglaterra, e em países de industrialização atrasada, onde o Estado se estabeleceu pela via autoritária, como a Alemanha, mostra que, apesar das diferenças quanto à concepção e gestão dos sistemas, existe grande similaridade do papel do Estado na formação, regulamentação e estruturação de mecanismos de financiamento.

Nos países subdesenvolvidos não industrializados ou de industrialização tardia, existe grande heterogeneidade nas formas de constituição do setor saúde. Sabe-se que em quase todas as experiências conhecidas o Estado toma a frente na constituição e organização do setor. O que se modifica, no entanto, é a pouca representatividade dos interesses explícitos da população na política implementada pelo Estado. Em certa medida, a tecnoburocracia; antecipa etapas que, nas experiências anteriormente relatadas, foram fruto de reivindicações dos movimentos organizados da população, particularmente dos trabalhadores. Mas a baixa participação da população na estruturação desses sistemas faz com que, dificilmente, sejam eficientes na eliminação dos problemas de saúde da grande maioria. Por outro lado, a organização a eles dada pelo Estado cria estruturas de favorecimento de interesses de fatias seletivas do setor privado que passam a se estabelecer nesse ramo.

3 – SAÚDE E CIDADANIA NO BRASIL

No plano da cidadania e dos direitos sociais, o Brasil encontra-se ainda no segundo estágio da nossa classificação. Avançou-se no estabelecimento de algumas medidas de caráter coletivo, como a educação gratuita e universal, saneamento ambiental, vigilância epidemiológica no que refere especialmente às grandes endemias, sendo ainda escassos os programas de universalização da atenção médica e dos benefícios previdenciários, tais como o FUNRURAL, o Programa de Pronta Ação e, recentemente, as Ações Integradas de Saúde. Muitos condicionantes políticos, administrativos e financeiros impedem a efetiva universalização destas medidas. Assim, a natureza do sistema de assistência e previdência social é marcada pela necessidade do vínculo previdenciário para concessão dos benefícios. Tal vínculo só é conferido à população trabalhadora que contribui diretamente para a Previdência Social e aos seus dependentes. Dessa forma, no desenvolvimento dos direitos sociais brasileiros, a conquista da cidadania se deu de forma a fragmentar a classe trabalhadora, concedendo benefícios como privilégios de certas frações. Tal estratégia foi mantida pelo governo autoritário dos últimos vinte anos, dado ser vantajoso, em termos políticos, o partilhamento e corporativização do movimento social.

Conforme afirmado em recente documento da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO "da Primeira à Nova República observamos a consolidação de uma postura discricionária,

cooptativa, centralizadora e privatizante da atuação estatal no campo das políticas sociais" (ABRASCO: 1985). Depois de um período relativamente inócuo de atuação estatal na concessão de benefícios sociais, que se estende até a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) em 1923, pode-se dizer que a partir da década de 30 é que foi esboçada uma estratégia concreta, por parte do Estado, no campo da política social. As diversas Constituições Federais que se estendem de 1934 a 1967 ilustram essa evolução. Em todas elas a saúde nunca foi encarada como um direito social da população e um dever do Estado para com os cidadãos, e sim garantida a trabalhadores e dependentes ligados à Previdência Social, configurando, para os demais brasileiros, uma situação de pré-cidadania.

É verdade que, ao longo dos últimos setenta anos a cobertura previdenciária, através do vínculo do trabalhador contribuinte, aumentou sistematicamente. Mas a perspectiva de universalizar os benefícios e a assistência médica previdenciária com base na expansão das contribuições compulsórias da população brasileira, como postulavam os mentores da reforma de 1967, quando da ocasião da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), configurou-se, na prática, como inviável nestes últimos anos. Isto porque a estrutura do mercado de trabalho no Brasil perpetuou situações de grande desigualdade, onde parcela substancial dos empregados não tem sequer carteira de trabalho assinada. Por outro lado, a grande maioria dos autônomos é constituída por trabalhadores por conta própria, biscateiros e tarefeiros que integram as fileiras do chamado setor informal do mercado de trabalho. Existe, portanto, um componente estrutural, ligado à própria natureza segmentada do mercado de trabalho no Brasil, que impede a universalização do direito à assistência médica pela via da contribuição, à Previdência, mesmo que esta fosse financiada a partir de critérios de justiça fiscal, o que não é o caso.

Por outro lado, fatores de ordem conjuntural, como a crise econômica do início dos anos 80, fazem com que a elevação dos níveis de desemprego e a queda da massa de salários aumente a parcela dos empregados sem carteira e a dos autônomos não contribuintes, o que não só traz efeitos na diminuição da receita do sistema, como veremos adiante, mas também exclui os mais necessitados dos programas de benefícios, configurando situações de forte iniqüidade, além da virtual redução de cobertura.

As tabelas 1 e 3 do Anexo mostram que, além do estruturalmente baixo contingente de empregados e contribuintes da Previdência, a recente crise econômica reduziu em termos relativos o número de ocupados contribuintes do SINPAS. Naturalmente que, pelo fato dos benefícios previdenciários se estenderem às famílias dos contribuintes, o percentual de cobertura deve ser maior do que a relação contribuintes/ocupados. Mas isto não invalida nosso argumento.

Além do mais, como veremos adiante, o fato do sistema ser financiado predominantemente por alíquotas baseadas na folha de salários, acarreta graves reduções de receita em períodos recessivos, tornando a oferta de serviços médicos e benefícios extremamente frágil às flutuações de conjuntura. Este é o paradoxo do sistema, pois a função da Previdência Social deveria ser assegurar a oferta de benefícios e serviços exatamente nesses períodos recessivos, quando as demandas sociais são maiores e os orçamentos familiares mais minguados.

PARTE II

FINANCIAMENTO À SAÚDE: QUEM PAGA E QUEM RECEBE

1 – INTRODUÇÃO

A análise do financiamento da política de atenção à saúde no Brasil, no período recente, passa necessariamente, e em primeiro lugar, pelo exame das relações entre a política social e a política econômica em geral e as políticas tributárias e fiscal em particular.

Apesar desse aspecto não ser objeto específico deste texto, cabe lembrar aqui alguns pontos importantes da relação entre a política econômica e a política social no Brasil, dado sua centralidade para nosso tema.

Em primeiro lugar, a política social brasileira beneficiou-se muito precariamente da capacidade financeira estatal possibilitada pela reforma tributária de 1967. Naquele momento, e, posteriormente, apesar de se estruturarem mecanismos de captação de recursos sobre bases financeiras transformadas não se montou esquemas de financiamento para o gasto social que refletissem o alargamento da capacidade da intervenção estatal.

Ao contrário, pode ser observado nas últimas duas décadas:

• a inexistência de mecanismos reais de distribuição indireta da renda, que se concentrava via programas sociais de porte;

• a adoção, onde fosse possível, de uma estratégia de financiamento que se ancorava sobre bases independentes do orçamento fiscal na medida em que incide sobre a folha de salários, penalizando direta e indiretamente os assalariados.

Em segundo lugar, a própria condução da política econômica no campo da renda e dos salários foi, até muito recentemente, antagônica aos interesses dos assalariados e da população de baixa renda em geral. A estrutura tributária francamente regressiva e os variados processos de contenção dos salários reais são exemplos claros dessa situação.

A combinação destes dois aspectos que marcaram profundamente a natureza, o alcance e os limites da política social no Brasil, foi em parte responsável pela especificidade do desenvolvimento brasileiro: a conveniência de níveis de desigualdade na repartição da riqueza social gerada com um desenvolvimento econômico pujante e dinâmico.

Em outras palavras, é inegável que nos últimos vinte anos o Brasil sofreu um rápido processo de desenvolvimento econômico. Do rol dos países subdesenvolvidos passou para o oitavo Produto Interno Bruto do mundo. A base de sustentação econômica do país deixou de ser definitivamente a agricultura, surgindo, nas atividades urbanas, a indústria e os serviços – o grande pólo de absorção de empregos, geração de riquezas e divisas. As transformações que se

processaram nestas duas décadas são responsáveis, no plano econômico, por um país moderno, exportador de manufaturas, com forte dinamismo industrial e um grande potencial de desenvolvimento tecnológico.

No plano social, no entanto, as transformações destes dois decênios, quando ocorreram, trouxeram a agravamento dos bloqueios existentes antes de 1964. A renda nacional tornou-se cada vez mais concentrada. O déficit habitacional é maior, principalmente pelo rápido aumento das taxas de urbanização e pelo inchamento desordenado das periferias e favelas das grandes e médias cidades. Os níveis de desnutrição dos segmentos excluídos do desenvolvimento continuam altos e a produção de alimentos para o mercado interno sequer acompanhou a taxa histórica de crescimento da população. Apesar da redução das taxas de mortalidade infantil, determinados bolsões de pobreza, principalmente no Nordeste, continuam a apresentar variações deste indicador entre 100 e.200 por mil, enquanto a média dos países desenvolvidos é de 5 a 10 vezes menor.

Mas, deixando de lado a análise dos efeitos sociais perversos da política econômica adotada nos anos de autoritarismo, já por demais conhecidos, fixemo-nos na análise das relações entre esta política e os programas sociais, examinadas pelo ângulo do financiamento e do gasto.

Dentro dos limites colocados pelo processo de concentração de renda e regressividade do sistema tributário, nota-se uma distribuição do gasto estatal com recursos do orçamento fiscal, na qual os programas sociais recebem recursos reais cada vez menores. Exemplificando, políticas como a de saúde pública e de transportes coletivos urbanos que dependem exclusivamente de dotação orçamentária, foram sistematicamente esvaziadas. Em síntese, o gasto estatal direto em programas sociais, por sua participação irrisória no gasto social geral e no gasto orçamentário total, não funcionou como mecanismo efetivo de redução das desigualdades. Além disso, as políticas sociais que se encontravam dependentes de recursos orçamentários experimentaram uma profunda deterioração, deixando de prestar serviços essenciais para as classes populares.

Fica, entretanto, a pergunta: de que forma são financiados programas sociais reconhecidamente importantes como o de seguridade social, educação, habitação popular etc?

Trata-se, nestes casos, de um outro mecanismo de financiamento que, se examinado pelo ângulo da justiça fiscal e social, agrava ainda mais o quadro aqui delineado. De um lado temos aquelas fontes de financiamento que se sustentam através da contribuição direta de empregados e empregadores, como é o caso do complexo previdenciário e de assistência médica e social. Neste caso, é preciso salientar que a contribuição dos empregados constitui um novo tributo direto incidindo sobre a renda dos assalariados. A parte que formalmente é atribuída às empresas e contabilizada como encargos sociais, é transferida aos consumidores via mecanismos de fixação de preços. Tal transferência é possível, dadas às características oligopólicas de funcionamento da economia brasileira. Essa fonte de financiamento é sustentada, portanto, diretamente pelos assalariados e indiretamente pelos consumidores em geral.

Paralelamente, existem os fundos específicos baseados em recolhimento das empresas, também com base na folha de salários, tais como o FGTS. Estes se destinariam a financiar projetos de desenvolvimento social (habitação, saneamento básico e desenvolvimento urbano), desde que garantidos seus valores reais, através da fixação de juros e correção monetária aos empréstimos feitos a partir deles. Neste caso aparecem dois problemas: o repasse das contribuições das empresas aos preços, dada a necessidade de manutenção de sua rentabilidade, eles têm sua aplicação definida

não pela lógica da urgência social e sim pela lógica da rentabilidade das aplicações efetuadas.

Esse fenômeno é particularmente evidente nas políticas habitacional e de saneamento básico no Brasil dos anos setenta. Exemplificando, no caso da habitação, a natureza do mecanismo de financiamento criado condicionou a alocação de recursos quase que exclusivamente para programas destinados a famílias com renda superior a 3 salários mínimos. No caso do saneamento básico, priorizou-se a extensão das redes de água em detrimento dos programas de esgoto, independentemente da carência destes últimos ser maior. Isto porque a operação das redes de água é mais rentável a curto prazo que as de esgoto, as quais têm custos mais elevados e exigem maiores prazos de implantação e retorno do investimento.

Dessa forma, observou-se a ausência de uma articulação solidária entre a política de financiamento e o gasto social. Isto se materializou em formas de financiamento poderosas, porém inadequadas do ponto de vista da justiça fiscal e social. Essa articulação perversa e não solidária cristalizou-se em um padrão de intervenção estatal na esfera social, atingindo, apenas, aquelas áreas onde pudessem ser estruturados mecanismos financeiros auto-sustentados do gasto social. Tal estratégia fez, não só, o peso do financiamento recair compulsoriamente sobre as camadas assalariadas, como levou ao estabelecimento, em alguns programas, da chamada "armadilha da rentabilidade empresarial".

A conseqüência mais séria desse padrão de intervenção estatal é que, na maioria dos casos, mesmo pagando pelos serviços que deveria receber, a população assalariada, e especialmente a de baixa renda, não os recebe. A contribuição compulsória não livra o usuário do pagamento direto dos bens e serviços públicos que necessita ter acesso. Tais pagamentos, expressos nas taxas de água, esgoto, prestação da casa própria, adicionais de serviços de saúde, são elevados e corrigidos por índices muito superiores à correção dos salários.

Observou-se, portanto, a estruturação de mecanismos de financiamento auto-sustentados que limitam a adoção de critérios de justiça social até mesmo na alocação dos recursos, dada à necessidade de contemplar, em maior ou menor grau, taxas de remuneração compatíveis com a rentabilidade do setor financeiro. Consagra-se, assim, uma prática cuja lógica interna dificultou formas de subsídio ou aplicações de recursos a fundo perdido para os programas sociais prioritários.

As tabelas, em anexo, sobre a composição das receitas previdenciárias e dos recursos para a habitação e desenvolvimento urbano, ilustram, de forma clara, o fenômeno acima descrito.

Duas outras questões merecem, ainda, ser discutidas neste tópico: o comportamento destes mecanismos frente aos ciclos econômicos e os encadeamentos com o setor privado proporcionados pelo gasto público realizado com políticas sociais. Estas duas questões nos parecem relevantes, pois além de examinar o grau de justiça social e eqüidade dos mecanismos de financiamento da política social, cabe verificar sua estabilidade no tempo e seu papel na interação com a iniciativa privada, favorecendo ou não perfis de política mais próximos das necessidades da população.

No que diz respeito ao primeiro problema; observa-se que todos esses fundos de financiamento do desenvolvimento social tiveram, ao longo do crescimento econômico continuado dos anos setenta, um forte acúmulo de reservas, por estarem lastreados no crescimento do número de empregos, no aumento do salário real e na elevação do número de contribuintes.

Parece-nos também evidente que qualquer alteração de política econômica que implique na redução da atividade produtiva e conseqüente queda dos níveis de emprego e dos salários reais, reduzindo, dessa forma, a massa global de salários, é sufi-

ciente para desestabilizar os mecanismos de financiamento do gasto social existente. Tem-se, portanto, uma política social no Brasil que, aflora os problemas já mencionados, é extremamente vulnerável aos ciclos econômicos e às políticas de estabilização e de controle ortodoxo das crises. Um exemplo deste fato é a política econômica de estabilização praticada, no Brasil, entre 1979 e 1984, a qual ocasionou não só um agravamento das condições de vida (desemprego, queda da renda real, queda dos fundos de poupança dos assalariados) como simultaneamente impôs limites restritivos ao financiamento das políticas destinadas a fazer frente a essas mesmas condições de agravamento.

Por exemplo, a redução da arrecadação da previdência entre 1980 e 1984 foi um reflexo direto da contração da massa salarial no Brasil, a qual é o resultado de um duplo movimento. De um lado, do aumento do nível de desemprego do chamado setor formal do mercado de trabalho. Segundo dados da RAIS (Relação Anual de Informações Sociais), entre 1980 e 1983, a indústria de transformação teve um decréscimo de quase um milhão de empregos formais. De outro lado, das constantes quedas nos salários propiciadas pela política Salarial restritiva do governo autoritário, especialmente no que tange os segmentos trabalhadores de renda média. Os dados da pesquisa mensal de emprego do IBGE revelam que a renda média dos empregados com carteira de trabalho assinada cai em cerca de 18,7% e 27,9% entre novembro de 1982 e novembro de 1984 nas regiões metropolitanas de São Paulo e Rio de Janeiro, respectivamente.

Isso provocou drásticas reduções no recolhimento das contribuições compulsórias da Previdência, especialmente em 1980 e 1981. Em dezembro de 1981, a taxa de contribuição à Previdência aumentou substancialmente, proporcionando uma razoável alta na arrecadação em 1982, a qual voltou a cair em 1983 e 1984, conforme pode ser visto na tabela 4, em anexo.

Em 1985,a arrecadação voltou a crescer sem que nenhum mecanismo adicional tenha sido introduzido. A recuperação dos salários reais dos empregados formais, que atingiu patamares de 9,3% e 10,1% entre novembro de 1984 e novembro de 1985, nas regiões metropolitanas do Rio de Janeiro e de São Paulo, surgiu enquanto efeito do crescimento econômico acionado neste primeiro ano de Nova República. Ao mesmo tempo as fortes reduções dos níveis de desemprego aberto favoreceram a elevação da arrecadação das contribuições compulsórias da Previdência Social.

Mas a recente recuperação dos fundos da Previdência não garante nem eqüidade nem estabilidade ao sistema, dado que mais de vinte milhões de trabalhadores continuam indiretamente desassistidos. Por outro lado, a forte vinculação da receita previdenciária ao crescimento ou redução da folha de salários provoca não só forte instabilidade das receitas que são sempre desequilíbrios na relação receita/despesa, pois nas épocas de crise a demanda por benefícios e assistência médica tende, necessariamente, a aumentar.

No que se refere à política habitacional pode-se dizer que menos de 30% dos recursos do BNH são voltados para o financiamento de moradias para as famílias com renda de até 5 salários mínimos, enquanto mais de 50% destinam-se aos financiamentos das famílias com renda superior a 10 salários mínimos. Vale dizer que os programas do BNH são financiados com recursos do FGTS, o qual é constituído, em sua maioria, pelas contas dos trabalhadores de baixa renda. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1983, cerca de 88% dos trabalhadores brasileiros auferiam renda mensal igual ou inferior a 5 salários mínimos. Esses dados demonstram a grande iniqüidade tanto na receita quanto nas aplicações dos recursos alocados na política habitacional.

Assim, o paradoxo da montagem de mecanismos financeiros para a política social, como os aqui descritos, não só é aberrante em conjunturas econômicas favoráveis, como acentua-se nos momentos de crise. Contraditoriamente, a intervenção estatal nas questões sociais, através de programas sociais, debilita-se justamente no momento em que a demanda aumenta, em função da deterioração da condição de vida das camadas de baixa renda nessas conjunturas.

No que diz respeito às relações entre o gasto público e a iniciativa privada, a análise também não conduz a conclusões animadoras, em face do desempenho passado da política social. O volume de recursos destinados ao gasto social tem crescido de modo que os programas sociais são, até hoje, extremamente atraentes a determinados segmentos empresariais especializados no fornecimento de bens e serviços sob encomenda do setor público. Mais do que isso, no contexto centralizado e excludente que caracterizou o cenário político brasileiro nos anos de autoritarismo foram montadas conexões burocráticas que tiveram um duplo resultado:

- primeiro, a estruturação de jurisdições fechadas – verdadeiras "reservas de mercado" – onde os setores empresariais delas participantes puderam se desenvolver e expandir sem risco, financiados por fundos públicos.
- em segundo lugar, a existência de pressões crescentes no sentido de aumentar os programas existentes na direção da adoção de projetos complexos do ponto de vista tecnológico e operacional e que significassem maiores taxas de rentabilidade para o setor privado, maiores custos para o setor público e não necessariamente melhores resultados para o usuário.

É preciso, portanto, ficar claro que as regras complexas e paradoxais que orientam neste país a articulação entre a política econômica e a política social, até recentemente, foram:

- os assalariados pagam duplamente pelo que potencialmente deveriam receber;
- na maioria das vezes os mais necessitados não recebem sequer o que lhes é devido;
- nos momentos de maior necessidade em ter acesso aos programas sociais os usuários são informados que os recursos se esgotaram, sendo-lhes negado até o mínimo que já recebiam anteriormente;
- o Estado continuou orientando o gasto público para atender os interesses capitalistas predatórios e inoperantes.

A análise desenvolvida até aqui não significa, entretanto, julgarmos irrelevantes a criação de mecanismos de sustentação financeira com relativa autonomia do orçamento fiscal. O que procurou ser demonstrado foi o caráter mistificador e perverso dos mecanismos montados e a precariedade de sua opulência.

2 – FONTES E MECANISMOS DE FINANCIAMENTO DO SETOR

Os mecanismos de financiamento da intervenção estatal em atenção à saúde podem ser divididos em três grandes blocos:

a) No primeiro bloco, o financiamento é efetuado através da destinação dos recursos originários do orçamento fiscal, os quais têm sido aplicados prioritariamente no desenvolvimento das ações em atenção médica sanitária e correlatas (serviços básicos de saúde, controle de doenças transmissíveis, produtos profiláticos e terapêuticos, alimentação e nutrição). Além disso, algumas ações no campo médico hospitalar são financiadas com recursos do orçamento fiscal, destacando-se a manutenção dos hospitais do Ministério da Saúde, do MEC e dos ministérios militares.

b) No segundo bloco, os recursos provêm dos mecanismos de financiamento do SINPAS, isto é, das contribuições compulsórias de empregados, empregadores e das contribuições da União. Estas últimas são destinadas a cobrir, em tese, as despesas de custeio e eventuais insuficiências do SINPAS. Tais recursos estão voltados, de modo geral, ao financiamento das ações de natureza médico-hospitalar para a clientela do complexo médico previdenciário.

c) No terceiro bloco, os recursos provêm, em parte, do orçamento fiscal, e de outra parte, das receitas tributárias próprias dos estados e municípios. Destinam-se a financiar as ações das secretarias estaduais e municipais de saúde ligadas à manutenção de postos e centros de saúde, voltados a atenção primária para as populações locais. São utilizados, também, na manutenção dos hospitais gerais, estaduais e municipais, onde funcionam serviços clínicos e cirúrgicos bem como atendimentos de emergência com maior complexidade.

Ainda que a separação desses três blocos venha, nos anos mais recentes, tornando-se menos clara, em virtude da participação de recursos previdenciários em programas financiados de forma usual pelo orçamento fiscal, bem como pela transferência de recursos do SINPAS às secretarias de saúde estaduais e municipais, através das Ações Integradas de Saúde, vale configurar. neste trabalho a existência de três mecanismos de financiamento bem distintos. Ao examinar sua natureza, pretende-se aferir os padrões prevalecentes de financiamento do desenvolvimento social no Brasil.

Deve-se admitir, ainda, a existência de um quarto bloco de recursos oriundos de fundos sociais extra-orçamentários, tais como o FINSOCIAL, FGTS, PIS/PASEP, Salário-Educação, PIN/PROTERRA, FAS e Contribuição Sindical. Esses recursos, se somados à receita previdenciária, constituiriam 83% da receita tributária da União em 1984, significando um segundo Orçamento Fiscal. As transferências desses fundos para o setor saúde são elevadas. No entanto, a natureza e a possível utilidade desses recursos para uma nova política nacional de saúde serão vistos mais adiante, quando forem arroladas propostas concretas de financiamento setorial.

2.1 – RECURSOS DO ORÇAMENTO FISCAL

Na análise do financiamento com recursos do orçamento fiscal, duas questões são importantes :

a) qual o grau de progressividade (carga tributária crescente segundo os rendimentos da população) ou de regressividade da estrutura tributária brasileira no passado recente?

b) qual a participação das políticas sociais, e da de atenção à saúde, na alocação desses recursos?

Em relação à primeira questão, segundo Serra "...a carga tributária mais elevada incide sobre os que recebem menos de um salário mínimo mensal que destinam cerca de 36% de seus rendimentos a pagamentos de impostos: a menor carga tributária incide sobre os que ganham mais de 100 salários mínimos por mês: cerca de 14%. Entre ambas as classes de rendimentos, o volume de impostos como proporção da renda declina continuamente". Isso responde nossa primeira indagação, mostrando que os recursos obtidos penalizam proporcionalmente mais os segmentos de menor renda, dada à estrutura tributária ser extremamente regressiva.

Além da regressividade da estrutura tributária brasileira, a distribuição da renda é injusta conforme pode ser visto nas tabelas em anexo. (Tabela 20).

Quase 70% da população recebem menos de 2 salários mínimos mensais, sendo, portanto, a maioria da população – justamente os de mais baixa renda – que sustenta o orçamento fiscal.

Em relação à segunda indagação, tomando-se a evolução da composição dos recursos orçamentários nos anos setenta, podemos verificar que a participação média dos chamados setores sociais na despesa total foi da ordem de 9%, aproximadamente. A participação do Ministério da Saúde nestas despesas não atingiu 2% entre 1970 e 1984, consideradas as previsões orçamentárias para os dois últimos anos da série. Há evidências de que os gastos realizados foram maiores que o orçado nestes anos, sendo que em 1985 eles atingiram seu ponto mais alto, ainda que pouco significativo face à participação de outros ministérios.

Considerando a participação dos programas sociais no gasto total da União, verifica-se que, a despeito do seu crescimento em termos reais nos anos setenta, o ritmo observado foi inferior ao ritmo de crescimento do gasto total e do PIB. Esse fato também é verdade em relação a outros programas governamentais, excetuando-se as ações ligadas à defesa nacional e segurança pública.

Restaria, ainda, uma indagação: qual a participação dessa fonte de recursos no gasto público federal total em atenção à saúde que também envolve recursos previdenciários e de outros fundos especiais?

A participação é baixa. Em 1978 ela era da ordem de 18% e, em 1973, aproximadamente 17%. Nas tabelas em anexo, pode ser observada a reduzida participação dos programas em controle de doenças transmissíveis e alimentação e nutrição, que são financiados, majoritariamente por esta fonte de recursos. Cabe notar que os programas de atenção médico-hospitalar e de produção de medicamentos, os quais consomem quase 90% do total de recursos, sustentam-se a partir de recursos previdenciários.

A primeira conclusão importante, ao observarmos estes dados, é que se somarmos a reduzida destinação de recursos orçamentários para o gasto em atenção à saúde com a reconhecida regressividade do sistema tributário brasileiro, verificaremos que o padrão de financiamento adotado, pelo ângulo do orçamento fiscal, não funciona como um mecanismo de redistribuição indireta da renda. Ao contrário, além de penalizar mais do que proporcionalmente os assalariados de baixa renda, no momento da captação dos recursos, o orçamento fiscal não se destina a financiar bens e serviços sociais que poderiam, em tese, compensar a regressividade da estrutura tributária que prevaleceu até recentemente.

2.2 – RECURSOS ORIGINÁRIOS DA PREVIDENCIA SOCIAL

A receita do complexo previdenciário é composta pelas seguintes fontes de recursos:

a) contribuições compulsórias, constituídas pelos recursos formados pelo recolhimento de 8% da folha de salários das empresas e 8% dos salários dos empregados; 16% do valor dos serviços prestados por trabalhadores autônomos contribuintes e 16% dos rendimentos declarados pelos empregadores contribuintes. Constituem, ainda, esta fonte, o recolhimento de 2,5% do valor arrecadado com a receita auferida pelos produtores agrícolas;

b) remuneração recebida pela prestação de serviços de arrecadação, fiscalização e cobrança por conta de terceiros, bem como da prestação de outros serviços e arrendamento de bens;

c) outras receitas patrimoniais, industriais e financeiras;

d) doações e subvenções recebidas;

e) receitas das outras entidades integrantes do SINPAS, a partir do momento de sua constituição.

Em 29/12/81, a estrutura da composição da receita previdenciária sofreu as seguintes alterações principais:

– contribuição dos empregados urbanos: modifica-se a alíquota única de 8% para uma que varia de 8,5% a 10%, de forma

progressiva sobre o salário, até o teto de 20 salários mínimos;

– contribuição das empresas urbanas: modifica-se a alíquota única de 8% para 10%;

– autônomos contribuintes, em dobro, e ministros de profissão religiosa passam a contribuir 19,2% sobre sua remuneração mensal de acordo com a tabela de salário-base progressiva em função do tempo de contribuição.

A análise do comportamento das receitas previdenciárias entre 1970 e 1982 mostra que, em média, as contribuições compulsórias respondem por 89% da receita total; as transferências da União, por 7%; e as outras receitas por apenas 4%. No ítem contribuições compulsórias a arrecadação sobre os empregados representa 33% do total, e das empresas, 63%, ambas calculadas sobre a folha de salários urbanos; finalmente, a contribuição sobre a produção rural situa-se em 4%.

Dois aspectos destacam-se na análise dessa estrutura de financiamento:

– "85% da receita total decorre de contribuições sobre a folha de salários urbanos... sendo que... a variação da receita do SINPAS é determinada, teoricamente, pela variação da receita urbana e do salário médio real;

– 28% da receita total... é... paga diretamente pelos segurados à Previdência. O restante é pago pelas empresas ou pela sociedade em geral, através de uma possível, porém não quantificável, repercussão da contribuição das empresas sobre os preços" (Oliveira e Azevedo: 1983).

Evidencia-se que o mecanismo de financiamento do complexo previdenciário, e por seu intermédio, da parcela predominante de recursos da política de atenção à saúde, tem sido feita com base na receita advinda das contribuições de empregados e empregadores. Cabe lembrar que só a parcela dos empregados pode ser considerada como tributo direto. O recolhimento das empresas é um custo relativo a encargos sociais, sendo transferido aos consumidores sob a forma de aumento nos preços dos bens e serviços.

Em síntese, fica claro que são os próprios segurados contribuintes que acabam suportando esse setor da política social: diretamente, através do desconto compulsório nos salários, e indiretamente, ao consumir os diferentes produtos e serviços que compõem suas cestas de consumo.

2.3 – RECURSOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS

A primeira questão a ser colocada neste campo é: como tem evoluído a participação das receitas estaduais e municipais no total da arrecadação tributária da União?

Entre 1968 a 1983, as receitas transferidas aos estados e municípios nunca passaram de 20% das receitas da União. O ano de maior participação foi o de 1968 (17,9%) enquanto o de mais baixa ocorreu em 1970 (10%). A participação dos estados e municípios nas receitas exclusivamente tributárias tem sido um pouco maior; mas, mesmo assim, não chegou a 20% ao longo das décadas de 70 e 80. Portanto, as transferências federais às esferas administrativas descentralizadas têm sido irrisórias quando comparadas aos recursos arrecadados na esfera federal. Vale dizer, ainda, que apenas a receita tributária da União tem quotas-parte estaduais e municipais, dado que as outras receitas não inclusas no orçamento fiscal não estão obrigatoriamente atreladas a um partilhamento regional.

As receitas tributárias adicionadas às outras receitas constituem o conjunto das receitas fiscais da União. São formadas pela arrecadação de uma série de tributos onde os mais importantes são o imposto de renda e o imposto sobre produtos industrializados, os quais constituem a base da composição dos fundos de participação dos estados e municípios (FPE e FPM). Seguem-se, em ordem de importância, o IUEE, o IUM, o ISSTR, e a TRU, todos com trans-

ferências partilhadas para os estados e municípios. No plano dos tributos onde não há partilha para as administrações locais e regionais, destaca-se o imposto sobre operações financeiras (IOF) o qual, nos últimos anos, constitui-se em poderosa fonte de arrecadação federal em face forte especulação financeira que lastreou esses anos de crise.

O orçamento fiscal, no entanto, não é a única fonte de receita tributária da União. Como já foi citado, boa parte das políticas sociais do governo têm sido financiadas com base no recolhimento de diversos fundos criados nos últimos 20 anos. Esses fundos não só garantiram larga autonomia aos programas sociais do governo como incentivaram práticas clientelísticas e de favoritismo político de diversas instâncias institucionais. A pulverização dos recursos desses fundos impedia um efetivo controle dos recursos e das transferências, aumentando a multiplicidade e a superposição de programas financiados, por um lado, e a escassez de recursos em diversas áreas, por outro.

A soma dos recursos dos fundos sociais atingiu, nos anos 80, dimensões próximas a da receita tributária da União. Compõem esses recursos as contribuições compulsórias da Previdência, o FGTS, o PIS-PASEP, o FINSOCIAL, o Salário-Educação, a quota da Previdência, o PIN, o PROTERRA, o FAS, e a Contribuição Sindical. Alguns desses fundos operam programas de transferência de recursos aos estados e municípios, como é o caso do FAS, do FINSOCIAL e das contribuições compulsórias da previdência. No caso dessas últimas, as transferências têm sido efetuadas pelo INAMPS com vistas à operacionalização das Ações Integradas de Saúde nos estados e municípios.

No entanto, as transferências desses fundos têm sido feitas assistematicamente, não propiciando eqüidade na partilha dos recursos. Nos últimos vinte anos apenas os municípios que detinham alguma capacidade técnica ou política de barganha consegui ram assegurar maiores parcelas desses recursos. Normalmente os municípios detentores de tal capacidade são os mais ricos e mais bem situados em relação aos demais.

Os recursos estaduais e municipais são compostos ainda por impostos e taxas de exclusiva competência dessas entidades, no que tange ao recolhimento e destinação orçamentária. É o caso do ICM, arrecadado pelos estados e distribuído parcialmente aos municípios, e do ISS e IPTU, de competência municipal. A arrecadação e distribuição deste impostos também tendem a privilegiar os estados e municípios mais ricos, justamente aqueles que detêm maior movimento comercial e de serviços, ou aqueles onde a renda do solo urbano é mais elevada.

As transferências do FPM e do FPE, bem como as receitas tributárias partilhadas da União, constituem a principal fonte de receita da maioria dos estados e municípios brasileiros, especialmente aqueles de maior carência no campo das políticas sociais. Assim, enquanto no Acre 87,8% das receitas derivam destas transferências, em São Paulo apenas 7,5% dos recursos provêm das contribuições federais (dados de 1983).

Dessa forma, nos estados e municípios mais pobres, a dependência das transferências federais nos orçamentos locais é maior. A redução do volume de transferências nestes primeiros anos da década de 80 tem aprofundado a dificuldade de criar e operar programas sociais ao nível local.

As limitações encontradas, no lado da receita, fazem com que as despesas "per capita" dos estados e municípios com a função saúde sejam bastante desiguais. As localidades mais ricas conseguem implementar programas e manter suas redes de assistência médica, enquanto que as mais pobres não podem sequer manter um médico. Vale dizer que mais de 20% dos municípios brasileiros não têm nenhum posto de saúde.

O aumento das transferências do INAMPS aos municípios, por conta do programa de Ações Integradas de Saúde, foi

um passo necessário para reduzir as iniqüidades decorrentes da repartição desigual da receita tributária da União. Isso, porém, não seria suficiente. É importante deslanchar uma reforma tributária com vistas a destinar maiores recursos às administrações locais e regionais para que estas possam implementar, com autonomia, seus programas sociais.

2.4 – FAS e FINSOCIAL

Como foi visto, além das tradicionais fontes de recursos descritas anteriormente, os Fundos Sociais têm-se constituído em importantes mecanismos de financiamento e geração adicional de receitas para os programas sociais. No campo da saúde destacam-se dois destes fundos: o FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social e o FINSOCIAL.

O FAS foi criado em 1974, tendo se constituído como um dos mais importantes instrumentos de financiamentos dos projetos nas áreas de saúde, saneamento, educação, trabalho, assistência e previdência social.

Administrado pela Caixa Econômica Federal, o FAS é formado por recursos provenientes das rendas líquidas das loterias esportiva e federal e, subsidiariamente, de dotações do orçamento operacional da CEF, de recursos do orçamento da União e de outros recursos de origem interna e externa. Os recursos do FAS são, em sua maior parte, aplicados a juros subsidiados (6% a.a.), embora grande parte do orçamento seja repassado a fundo perdido.

Ao longo da década de setenta, os recursos do FAS na área de saúde foram utilizados na ampliação das redes pública e, especialmente privada, de estabelecimentos de saúde. Esta última tendência se reverte nos anos oitenta, com o grande aporte de financiamentos realizados por este fundo na ampliação da rede pública de ambulatórios e postos de saúde. A receita do FAS vem caindo paulatinamente ao longo dos anos oitenta. Pode-se dizer que em 1984 ela equivalia, apenas, a 0,4% da receita tributária da União e 7,6% do FINSOCIAL.

O fundo de investimento social – FINSOCIAL – foi criado em 1982 com o propósito de complementar financeiramente programas nas áreas de alimentação, habitação popular, saúde, apoio ao pequeno produtor rural e educação. Esse fundo é administrado pelo BNDES e seus recursos são formados pela "Contribuição Social" de 0,5% da receita bruta das empresas públicas e privadas que realizam venda de produtos, bem como das instituições financeiras e seguradoras (no caso das empresas públicas a taxa de 5,0% incide sobre o imposto de renda devido ou como se devido fosse).

Os recursos do FINSOCIAL montavam a quase 6,0% da receita da União em 1984. No que se refere ao financiamento do setor saúde, a sua participação tem sido cada vez maior.

No que diz respeito à função saúde, os programas de alimentação e nutrição e de doenças transmissíveis têm recebido os maiores recursos do fundo. Entre 1982 e 1983 a participação do FINSOCIAL no custeio dos programas de saúde aumentou 4 vezes, sendo que, tendo em vista o aquecimento da economia brasileira em 1985, sua perspectiva de crescimento é ainda maior.

Esta fonte de recursos, juntamente com uma série de outros fundos sociais, foi no entanto, utilizada em muitos casos, para cobrir "déficits" orçamentários dos Ministérios envolvidos, tornando-os inócuos em relação aos seus objetivos. Por outro lado, esses recursos não vinham sendo transferidos para as administrações locais e regionais, nem tem sido dada a devida transparência aos programas financiados, dificultando a gestão democrática e participativa de sua aplicação. Assim, seria oportuno que os fundos sociais viessem a integrar um orçamento social único, voltado para o financiamento das políticas públicas do setor.

3 – ALCANCE E LIMITES DOS MECANISMOS DE FINANCIAMENTO DA POLÍTICA GOVERNAMENTAL EM ATENÇÃO A SAÚDE

Em relação aos recursos do orçamento fiscal, duas ordens de consideração se fazem necessárias: a primeira se refere à baixa participação do setor, indicando, até o presente, o pequeno alcance desse mecanismo de financiamento. A segunda se refere à necessidade de importantes reformas no campo tributário, objetivando, entre outras coisas, obter maior progressividade desse mecanismo na captação, e maior regressividade na distribuição dos recursos do orçamento fiscal.

A análise das formas de mecanismos de financiamento da previdência social e o comportamento das receitas arrecadadas durante a década de setenta nos permitem afirmar que:

a) o crescimento dos recursos à disposição do setor de atenção a saúde e, portanto, a ampliação em tese do alcance dessa política, se devem, sem dúvida, ao crescimento extraordinário das receitas previdenciárias e, particularmente, do ítem contribuições compulsórias;

b) estando as contribuições compulsórias, suporte principal das receitas previdenciárias, diretamente amarradas aos salários, o seu crescimento ao longo da década ficou dependente da velocidade de incorporação de parcelas da população ainda não cobertas e do crescimento do número de empregos. Isso porque o aumento da massa geral de salários, via aumento do salário médio, era obstaculizado por uma política de contenção salarial vigente até 1985. Assim, ao final da década dos setenta, as receitas previdenciárias tenderam a cair, mostrando a fragilidade da sustentação dessas políticas em situações de crise econômica;

c) a receita de contribuições, calculada principalmente sobre a folha de salários da população urbana, onera os custos de mão-de-obra, elevando o custo relativo do fator trabalho com relação aos demais fatores da produção.

d) como a incidência das contribuições previdenciárias tende a onerar mais as empresas com maior relação trabalho/capital, a vulnerabilidade desse sistema nos momentos recessivos da economia é também muito forte pelo lado da parcela recolhida pelos empregadores. Isso porque esse tipo de empresa é a que demonstra menor estrutura de sustentação durante as crises, podendo daí decorrer uma inadimplência automática das mesmas com relação ao recolhimento das contribuições previdenciárias, rebaixando, ainda mais, o volume de recursos recolhidos sob essa rúbrica.

e) o financiamento da previdência rural, ao ser insuficiente para cobrir as necessidades de gastos nesse setor, promove uma transferência dos contribuintes e consumidores urbanos aos beneficiários do sistema previdenciário rural.

f) as quedas progressivas das transferências da União e a inexistência de um fundo de reserva da previdência social que cubra a queda das receitas de contribuições e, conseqüentemente, da receita total, em momentos de desaceleração da economia, indicam um problema financeiro latente da própria estrutura do complexo previdenciário.

Assim, no que diz respeito à estrutura de financiamento do setor saúde como um todo, é possível concluir que:

a) apesar do crescimento expressivo das receitas globais do SINPAS, especialmente do ítem contribuições compulsórias, este mecanismo não favorece nenhuma estratégia redistributiva. Isso ocorre porque são os assalariados, enquanto contribuintes e consumidores, que arcam com a maior parte deste ônus;

b) do lado do gasto público direto, a baixa participação do setor saúde na distribuição de recursos do orçamento fiscal e, em conseqüência, a ausência de uma política efetiva de destinação desse tipo de recursos para o setor faz com que não ocorra ne-

n'um mecanismo compensatório à regressividade da estrutura tributária;

c) do lado do gasto estadual e municipal, a regressividade da composição das receitas totais dessas entidades (FPE, FPM e Receitas Próprias) faz com que só as esferas descentralizadas maiores e mais ricas possam promover programas ligados ao setor saúde. Torna-se necessária uma reforma tributária que corrija essa regressividade e amplie a participação dos estados e municípios nas receitas tributárias da União, capacitando as Secretarias de Saúde a atuarem não apenas como co-gestoras,mas também como co-financiadoras de programas como o das Ações Integradas de Saúde;

d) no que diz respeito aos fundos sociais, é necessário unificá-los no mesmo orçamento como forma de evitar a multiplicidade de instâncias executoras e dar maior transparência às aplicações desses recursos.

4 – PADRÕES DO GASTO PÚBLICO EM ATENÇÃO A SAÚDE NO BRASIL: UMA SÍNTESE

O exame dos principais trabalhos que analisam o gasto público no Brasil mostra a ausência de prioridade para medidas e programas de atenção coletiva ao longo de toda a década de setenta refletida na queda dos gastos referentes aos programas de assistência médico-sanitária com relação aos demais programas, não só de saúde como de outros setores de intervenção governamental.

É importante ter em mente que a redução de gastos em atenção médico-sanitária ocorre a despeito de uma deterioração das condições de saúde da população. Essa redução é o reflexo, desde 1964, da gradativa emergência, ao nível das decisões político-econômicas, de um modelo de atenção à saúde que dá ênfase ao aspecto médico-assistencial operado pelo setor privado, pelo lado da prestação dos serviços, e pela (in) gerência estatal, pelo lado do financiamento. Observa-se, desde meados da década de sessenta, um descaso com as medidas de saúde pública e uma ênfase na assistência médica. Mais do que isso, no interior da própria administração direta federal, ocorreu uma pulverização de recursos, fazendo com que a direção do gasto com a função saúde e saneamento saia, em termos relativos, do comando do Ministério da Saúde.

Examinemos, com maior detalhe, o comportamento das despesas em saúde em seu conjunto de programas setoriais, a nível federal, entre 1978 e 1984. Nestes seis anos, o programa de atenção médico-hospitalar foi responsável, em média, por 84,3% do total do gasto realizado. Note-se que, embora a participação do programa em serviços básicos de saúde venha crescendo, ela ainda não chega a 3,0% do gasto total. A participação percentual do programa de controle de doenças transmissíveis está em torno de 2,5%, o que ilustra a situação de marginalização dos programas de saúde de natureza propriamente coletiva.

A evolução do comportamento do gasto público no setor saúde no período recente, quando encarada do ponto de vista dos programas setoriais, parece apontar para quatro traços básicos:

a) a inquestionável predominância do gasto de natureza hospitalar, ainda que os patamares de dispêndio permaneçam estagnados, entre 1978 e 1980, e em declínio, entre 1981 e 1983;

b) a evolução positiva dos patamares de gasto em alimentação e nutrição e em serviços básicos de saúde, até 1983, o que indica uma linha, embora tímida, de direcionamento dos gastos para medidas de caráter coletivo;

c) o absoluto descaso com o controle de doenças transmissíveis que, a despeito de um propalado consenso entre as autoridades técnicas do setor quanto à sua alta prioridade, vem recebendo um volume baixo e oscilante de recursos;

d) a progressiva redução dos patamares reais do gasto total de saúde realizado pelo governo federal, com destaque para o período 1981/82; tal fato é significativo, pois a União é responsável por aproximadamente 60% dos gastos totais do governo na área.

4.1 – O GASTO PÚBLICO EM ASSISTÊNCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA

A análise da evolução das despesas com assistência médico-previdenciária, entre 1970 e 1985, revela que:

a) a participação desse ítem no total do gasto previdenciário, que era de 19% em 1970, chegando a 31,6% em 1976, diminui a sua participação atingindo 22% em 1982, voltando a situar-se em torno dos 26% em 1985;

b) a evolução dos valores reais dispendidos com assistência médico-previdenciária também apresenta comportamento semelhante: tomando-se 1970 como base, verificamos que até 1978 os valores crescem a uma taxa média anual de 15,6%. A partir daí, observa-se um declínio que é particularmente forte no primeiro ano (6%) e, entre 1980 e 1981, (7,6%); tal situação reverte-se a partir de 1984, ocorrendo um crescimento real em 1985 da ordem de 11%;

c) no período 1979/1982, caracterizado por uma contenção e/ou declínio dos patamares de gasto, as atividades que sofreram maiores cortes foram: assistência psiquiátrica, assistência fisiológica, assistência médico-hospitalar à maternidade, assistência odontológica, assistência médica em geral e assistência hospitalar em clínica médica. Essas atividades, em 1979, são responsáveis por 36,3% do gasto e por 17% em 1982;

d) as duas atividades que congregam entre 50 e 60% do total do gasto, realizado em assistência médica pelo INAMPS – assistência ambulatorial e assistência hospitalar cirúrgica – também representam reduções, especialmente entre 1980 e 1981, embora esta última tenha voltado a crescer substancialmente;

e) no período 1970/80, quando as despesas com assistência médica cresceram a uma média de 12,5% ao ano, a destinação do gasto dirigiu-se, predominantemente, para o setor privado prestador de serviços de saúde;

f) a despeito das diferentes tentativas de racionalização dos gastos em assistência médico-previdenciária, como o plano do CONASP, a introdução da AIH em substituição a Unidade de Serviço etc., até 1984, o setor privado continuava sendo responsável pela maioria dos serviços de nível hospitalar e ambulatorial, recebendo a maior parcela dos recursos financeiros destinados a esta atividade. Tal situação só é revertida em 1985, quando pela primeira vez o setor privado recebeu menos de 50% dos recursos.

4.2 – O GASTO GLOBAL EM ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: CONSIDERAÇÕES ACERCA DAS ESTIMATIVAS EXISTENTES

As informações acerca do total de recursos dispendidos em atenção à saúde no Brasil são parciais e problemáticas. Isto porque a consolidação dos fluxos de recursos entre diferentes níveis de governo, entre o setor público e o setor privado e no interior do setor privado são, praticamente, inexistentes. Esta constatação leva-nos a considerar as estimativas de forma cuidadosa. As afirmações que seguem refletem ordens de grandeza e valores aproximados, sendo, portanto, apenas indicativas.

Inicialmente tomemos a questão do gasto público total realizado nos níveis federal, estadual e municipal. Os estudos existentes indicam que:

a) em 1967, o nível federal (à exceção da assistência médico-previdenciária), o nível estadual e o nível municipal eram responsáveis por 56% do gasto total, enquanto

a Previdência Social respondia pelos 44% restantes;

b) já em 1975, nota-se uma retração no gasto estatal direto em seus três níveis do governo, participando neste ano com 43%, enquanto que a Previdência Social participou com 57%;

c) em 1980, o gasto estatal direto em assistência médica recua ainda mais em sua participação, situando-se em 36% contra 64% pela Previdência Social.

d) em 1982, a Previdência Social foi responsável por cerca de 50% dos gastos realizados, enquanto que a União, os estados e os municípios participaram com 14%, 25% e 11%, respectivamente.

Tais informações mostram que, apesar da recente melhoria, o gasto público em saúde depende, em sua maior parte, dos gastos realizados pelo governo federal com os recursos da previdência social.

Do lado do gasto privado propriamente dito, ou seja, aquele efetuado por pessoas físicas, sistemas patronais, securitários, sindicais e por outras entidades filantrópicas, as informações e o nível de conhecimento dos fluxos de recursos, embora precárias, permitem indicar que o gasto privado seja estimado em 37,8% do gasto total. Destaca-se a total predominância dos gastos realizados pelas pessoas físicas (25,75%). Essa indicação merece, sem dúvida, a realização de investigações que possibilitem um maior detalhamento, pois tal volume de recursos altera a elaboração de qualquer cenário alternativo de ordenamento dos gastos públicos, notadamente naquilo que diz respeito às relações entre as esferas pública e privada.

4.3 – ALGUNS REFLEXOS DA CRISE POLÍTICO-ECONÔMICA DO INÍCIO DOS ANOS OITENTA NOS MECANISMOS DE FINANCIAMENTO E PADRÕES DE GASTO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE

A forma de enfrentamento e administração da crise em que o país mergulhou mais fortemente, a partir dos anos oitenta, acabou por levar a opção por um conjunto de diretrizes de política econômica que, simultaneamente, vieram a agravar as condições de vida da população de baixa e média renda, obstaculizando a expansão e, até mesmo, a continuidade do gasto estatal no campo social e na atenção à saúde em particular. Tal fato ocorre, quer a nível do gasto público direto (recursos do orçamento fiscal), quer a nível do complexo previdenciário.

Pelo lado do gasto público, isto é resultado da adoção de uma política econômica estabilizadora para o enfrentamento da crise, onde o governo federal passou a atribuir ao "déficit" do setor público a responsabilidade pela aceleração do processo inflacionário. O "déficit" público, nesta visão, seria derivado do crescimento desordenado do setor público. Vários estudos demonstram, no entanto, além do equívoco da visão oficial da época de como administrar a crise que, a despeito das dificuldades de controlar os programas de investimento e gasto das empresas estatais de maior porte, vinham ocorrendo, de fato, reduções naqueles setores que apresentam menor nível de resistência, dentre os quais se destacam as políticas sociais.

Pelo lado da receita da previdência social, ocorreu fenômeno semelhante, ou seja, perda da capacidade de gasto real, em função da queda das receitas que atingem, em 1983, patamares inferiores aos de 1978.

As estratégias aparentemente adotadas com relação ao gasto previdenciário, para contrabalançar essa queda de receitas, foram, em primeiro lugar, os cortes e contenções progressivas dos programas. Tais medidas afetaram, principalmente, os programas de assistência médica, passíveis de serem mais facilmente reduzidos que os de benefícios. Nesse sentido, observa-se que, no bojo de um conjunto de medidas racionalizadoras e que, pela sua complexidade e magnitude demandam tempo para surtir efeito, vinha ocorrendo uma progressiva

diminuição de recursos para a assistência médica que não podia ser considerada, simplesmente, como resultado das mudanças efetuadas. Isso porque tais mudanças não foram acompanhadas por transformações nos programas de atenção coletiva e/ou pela criação de redes integradas, hierarquizadas e regionalizadas, em rítmo e volume suficiente para proporcionar tais resultados.

Outras medidas foram adotadas além do corte e/ou contenção de despesas no sentido de contornar os impactos da crise, destacando-se as seguintes:

a) a criação do FINSOCIAL já discutida anteriormente;

b) a adoção de medidas destinadas a reforçar a receita previdenciária, tais como a elevação das alíquotas de contribuição de empregados, empregadores e pensionistas; o pagamento de parcelas da dívida da União para com o SINPAS, através da emissão de ORTN's especiais, resgatáveis em cinco anos e com correção monetária limitada; agilização da cobrança de devedores, aumento do teto de contribuições etc.

Note-se que em ambos os casos não se adotou nenhuma medida que implicasse em reordenamentos mais profundos, na medida em que tais soluções implicariam numa revisão da política econômica em vigor. Essas medidas representaram, ao contrário, soluções convencionais de contenção de gastos e estabilização de receitas, que acabaram, em última instância, penalizando os assalariados direta (aumento do valor das contribuições) ou indiretamente (repasse das novas alíquotas para os preços dos bens e serviços).

4.4 – A REORDENAÇÃO DOS GASTOS E O COMPORTAMENTO DAS RECEITAS PREVIDENCIÁRIAS NA NOVA REPÚBLICA

Com o advento da Nova República, explicitou-se a vontade política em priorizar as políticas sociais e inverter o sentido regressivo do fornecimento de bens, serviços e benefícios públicos. Os documentos oficiais a respeito são claros nesse ponto. O texto elaborado pelo Ministério da Saúde, "Subsídios para a Elaboração do Primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República" (MIN. SAÚDE: 1985) reconhece todas as desigualdades atinentes à política de saúde em pauta nos últimos vinte anos e levanta a bandeira de que a saúde deve ser reconhecida como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Para atingir tais objetivos, define-se como necessário:

a) reformulação do fundo nacional de saúde e a constituição de fundos estaduais de saúde, como formas jurídicas de administração dos orçamentos consolidados.

b) agilização da captação de recursos adicionais para investimentos, junto a agências como o BNDES/FINSOCIAL, Banco Mundial e CEF/FAS.

c) gestão colegiada, interinstitucional do sistema de saúde, de forma descentralizada e participativa, envolvendo as instituições e demais instâncias representativas da população, destacando-se, ainda, o papel fundamental dos estados e municípios, numa relação pragmática e sem hegemonias. A forma que se pode recorrer para a viabilização dessa estratégia é a dos "Convênios de Ações Integradas de Saúde", celebrados entre o governo federal e os governos estaduais e municipais. As instâncias de gestão podem, também, ter, por base, as já existentes CIPLAN, CIS, CRIS, CLIS/CIMS, desde que investidas de maior representatividade.

Tais objetivos, definidos como de médio e longo prazos, não poderiam, de imediato, ser implantados, dados os resquícios autoritários ainda vigentes no sistema: centralização excessiva, privatização da atenção médica via repasses estatais com controles e formas de conveniamento ineficazes, descoordenação interinstitucional e ineqüidade na estrutura de financiamento e prestação de serviços.

Nesse sentido, as medidas tomadas no ano de 1985 cumpriram, basicamente, quatro finalidades:

1) saneamento administrativo e financeiro da área de saúde e previdência;

2) fortalecimento das estratégias já iniciadas de regionalização e hierarquização dos serviços básicos de saúde, nos moldes das AIS;

3) reaparelhamento institucional da rede assistencial e reordenamento da partilha dos recursos para os setores público e privado;

4) medidas emergenciais no campo do controle dos preços de medicamentos, distribuição de alimentos e saneamento.

Assim, em 1985, pelo lado da despesa, houve significativo combate às fraudes e exames mais cuidadosos dos recursos repassados ao setor privado. As receitas, por sua vez, tiveram sensível aumento, em função do crescimento dos níveis de emprego formal e da elevação dos salários, dado que as categorias mais organizadas puderam negociar seus reajustes num clima político mais favorável. Essas medidas e circunstâncias permitiram que, em 1985, a questão financeira imediata deixasse de ser o problema mais central.

No campo das estratégias de regionalização e hierarquização das ações de saúde, entre 1984 e 1985 aumentou em cinco vezes o número de municípios que assinaram o termo de adesão ao convênio AIS, embora uma parte dos municípios ainda não esteja coberta. No entanto a cobertura potencial das AIS já atinge a 67% da população brasileira. Paralelamente, os recursos alocados nas AIS cresceram 153% neste período, embora ainda correspondam a 10% do orçamento do INAMPS.

A cobertura real dos serviços do INAMPS junto à população aumentou significativamente, caminhando no sentido de chegar, em 1989, ao padrão de duas consultas médicas/habitante/ano e 10 internações por 100 mil habitantes/ano, nas áreas de maior carência. Da mesma forma, o atendimento dos PAMs do INAMPS elevou-se em 20%. Estima-se, para 1986, um crescimento similar.

No campo do reordenamento da partilha de recursos foram propostas novas formas de relacionamento com o setor privado, concretizadas num convênio padrão, já aprovado, que permitirá um efetivo controle, acompanhamento e avaliação das ações, direcionando-as no sentido apontado pelas diretrizes da política de assistência médica. Ao mesmo tempo, a participação dos gastos do INAMPS no conjunto das despesas com assistência médico-previdenciária com os estabelecimentos privados reduziu-se de 58,3% em 1978 para 42,4% em 1985, fazendo com que pela primeira vez, nos últimos dez anos, os gastos com a rede pública fossem maiores do que os com a rede privada.

No entanto, para 1986, persistem alguns problemas. As receitas da previdência podem não ter o mesmo desempenho do ano passado, em função da rápida eliminação dos níveis de ociosidade das empresas e da perspectiva de manutenção dos atuais patamares salariais, fatores impeditivos do crescimento do emprego e da renda e conseqüentemente da massa global de salários, a qual está ainda vinculada a maior parte das receitas previdenciárias. Por outro lado, faz-se necessária uma rápida política de investimento no reaparelhamento da rede pública (do INAMPS e das Secretarias de Saúde estaduais e municipais). Uma maior humanização e expansão da cobertura da assistência médica, objetivos prioritários da presente gestão, só é viável com estratégias de racionalização administrativa, no que tange aos recursos humanos, materiais e financeiros, e investimento social, o que exigiria, certamente, um grande volume de recursos.

PARTE III

1 – AS ALTERNATIVAS DE FINANCIAMENTO PARA A ATENÇÃO À SAÚDE

Como vimos até aqui, as iniqüidades da política social brasileira e, particularmente da política de atenção à saúde, são resultado tanto da estrutura de arrecadação, que é extremamente regressiva, como da estrutura de gasto, que é excludente, como tem sido evidenciado pelos parcos recursos aplicados nos programas destinados às populações mais carentes.

Além disso, sua forma e seu conteúdo tendem a acirrar o corporativismo dos beneficiários, os quais, na luta cotidiana pela manutenção de sua posição relativa em termos de acesso às políticas previdenciárias, dificultam o estabelecimento de estratégias mais redistributivas e universalistas. Assim, os assalariados que participam com cerca de 1/3 das contribuições compulsórias da Previdência (o restante incide sobre a folha de salários das empresas urbanas e sobre a receita da produção rural) têm fortes restrições à universalização dos serviços de saúde utilizando recursos previdenciários, preconizando a manutenção da atual estrutura de custeio e distribuição dos serviços.

Nesse sentido, não apenas por ser socialmente mais justo, mas também por bloquear o corporativismo, torna-se necessário que os recursos para a atenção à saúde provenham de fontes que garantam os princípios de universalidade e eqüidade.

A busca da universalidade e eqüidade implica, por sua vez, numa diretriz política, por parte do governo, que defina a saúde como um direito de cada cidadão e dever do Estado. Isso para deixar de ser apenas uma utopia, pressupõe o desenvolvimento de mecanismos de financiamento que possibilitem:

a) uma maior estabilidade das receitas frente aos ciclos econômicos;

b) uma maior justiça na distribuição do ônus das contribuições;

c) uma maior descentralização e autonomia financeira para a aplicação de recursos a nível regional e local;

d) um aumento das receitas, visando interromper e reverter o processo de deterioração dos recursos humanos, materiais, equipamentos e instalações alocados à política de atenção à saúde;

e) criação de mecanismos de participação e controle público das ações estatais;

f) o desenvolvimento de novas formas de relacionamento do setor público com os prestadores privados de serviços de atenção à saúde.

Examinemos de forma sintética cada um destes pontos, procurando alternativas de financiamento que se coadunem com estes princípios.

2 – A ESTABILIDADE DAS RECEITAS FRENTE AOS CICLOS ECONÔMICOS

A questão da estabilidade das receitas passa, em primeiro lugar, por modificações nas bases de contribuição das receitas previdenciárias, fonte principal de recursos para as políticas de atenção à saúde.

Isto porque o saneamento financeiro alcançado em 1985 não significa que os problemas de financiamento do complexo previdenciário estejam resolvidos.

Torna-se, assim, importante diversificar as bases de incidência das contribuições previdenciárias, agregando outras, distintas da folha de salários, tornando o fluxo de recurso menos vulnerável às crises (queda da massa de salários) e, simultaneamente, fazendo com que a repartição do ônus dessas contribuições seja mais equânime e justa.

Não é aceitável que se retroceda na direção de esquemas clássicos de financiamento do seguro social, elevando a contribuição previdenciária dos trabalhadores sob a alegação de que os benefícios e serviços obtidos no âmbito da previdência social estão restritos àqueles formalmente considerados contribuintes. Já vimos que, com a transferência da contribuição dos empregadores para toda a sociedade, através do mecanismo de formação de preços, e sendo esta responsável pela maior parte das receitas, a questão da relação contribuição/benefício e serviços foi histórica e politicamente ultrapassada.

Dessa forma é mais correto falar-se não em direitos individuais aos benefícios e serviços de saúde, mas sim em direitos coletivos, o que faz com que a diversificação que será aqui proposta seja considerada como um princípio de justiça social e não como uma dádiva do Estado.

Como proposta, sugerimos que seja alterada, de forma gradual, a base de incidência das contribuições previdenciárias patronais. Essa alteração consistiria em fazer com que parte da contribuição dos empregadores fosse calculada tendo como base uma "proxy" que refletisse o desempenho operacional da empresa. Inicialmente, a alíquota sobre tal "proxy" seria pequena, substituindo parte da contribuição patronal sobre a folha de salário das empresas. Gradualmente, e a partir de testes sobre a consistência de tal base, essa alíquota seria ampliada até substituir totalmente a contribuição patronal sobre a folha de salários.

O objetivo dessa modificação é o de dar maior estabilidade ao fluxo de receitas, visto que os lucros são menos sensíveis à redução das atividades econômicas que a folha de salário, que tende, nestas circunstâncias, contrair-se rapidamente. Esse fenômeno é resultado do funcionamento dos mecanismos de defesa do capital que são postos em ação pelos empresários de forma a defender as suas margens. Isto é particularmente notório naquelas empresas que se encontram intimamente ligadas aos movimentos na órbita financeira.

Dessa forma, a diversificação das bases de contribuição aumenta a possibilidade do governo em administrar a receita previdenciária nos momentos recessivos. Note-se que, mais do que obter um aumento da receita, a alteração proposta procura resolver, ao menos parcialmente, o problema da instabilidade financeira.

Em segundo lugar, é preciso reconhecer que parte dos recursos captados pelo orçamento fiscal devem passar a compor, juntamente com os recursos advindos do Fundo de Previdência e Assistência Social, a massa financeira destinada aos programas em atenção à saúde. Através de modificações na estrutura tributária, tornando o sistema progressivo e melhor repartido entre a União, estados e municípios, teríamos um outro mecanismo de captação de recursos relativamente estável. A combinação dessas duas fontes permitiria uma programação de médio prazo que revertesse as iniqüidades que hoje são prevalecentes.

3 – UMA MAIOR JUSTIÇA NA REPARTIÇÃO DOS ÔNUS DAS CONTRIBUIÇÕES

Ambas as modificações propostas no item anterior contribuem para esse objetivo, senão vejamos. A diversificação da base da contribuição patronal faz com que a carga seja melhor distribuída, atingindo aquele contingente de empresas com maior intensidade de capital e maior lucratividade e que, pela forma atual, tendem a ser proporcionalmente menos penalizados do que aquelas empresas que utilizam maior quantidade de mão-de-obra no processo produtivo. Estas últimas tendem a contribuir relativamente mais e, por estarem na maior parte das vezes em setores mais competitivos, etas têm menor capacidade de repassar este ônus ao consumidor final. Esta proposta de mudança de base, além disso, diminuiria os incentivos para a utilização de tecnologias cada vez mais capital intensivas, exacerbando mais os problemas de desemprego e a demanda por serviços públicos de assistência à saúde.

O aumento da participação de recursos do tesouro no financiamento da assistência à saúde, recursos obtidos, principalmente, da arrecadação do imposto de renda das pessoas físicas e jurídicas, de natureza progressiva, segue o mesmo princípio de justiça: a obtenção de recursos daquela parcela da sociedade que pode proporcionalmente contribuir mais para a redução das desigualdades que o próprio processo de acumulação, que serve de sustentação a esses mesmos agentes sociais e econômicos, ajudou a criar.

Nesse sentido, a melhor repartição dos ônus está pressupondo que os programas sociais devem, tanto pelo ângulo dos mecanismos de financiamento, quanto pelo da distribuição de bens e serviços, auxiliar o processo de redistribuição da renda que é extremamente concentrada no Brasil.

Cabe destacar outras duas medidas que significam o término de determinados privilégios que contribuem para uma injusta distribuição do ônus previdenciário.

A primeira delas refere-se à eliminação do atual teto de contribuições patronais sobre a folha de salários, limitada a 20 salários mínimos. Nos parece claro que a manutenção desse limite somente beneficia aquelas empresas que possuem uma estrutura de salários concentrada em níveis elevados. Estas empresas não têm por que ser beneficiadas e poderiam contribuir proporcionalmente à sua folha salarial total, enquanto esta persistir como base de contribuição.

A segunda medida seria eliminar o privilégio de dedução total do imposto de renda por parte das pessoas físicas e jurídicas, das despesas privadas com atenção à saúde. Tal dedução, seguramente efetuada por segmentos de mais alta renda e que têm acesso a serviços médicos "exclusivos", ou pelas empresas com maior porte e complexidade, é atualmente paga pela sociedade em seu conjunto pela perda de receita do fisco. Isto nos parece injustificado.

O estabelecimento de um teto para estas deduções nas pessoas físicas e a sua eliminação nas jurídicas restabeleceriam o princípio da eqüidade, além de obter um fluxo adicional de recursos utilizável em programas coletivos de assistência à saúde.

Na mesma direção, pode ser pensada também a hipótese da eliminação da dedução de empregados e empregadores das despesas com previdência complementar, previstas na atual sistemática de tributação sobre a renda. Do mesmo modo, é a sociedade que arca em seu conjunto com um benefício que atinge um número limitado de empresas e assalariados.

É preciso ficar bem claro que não somos contra a existência desses sistemas complementares, mas tão somente quanto à forma atual (indiretamente pública) de seu financiamento.

4 – A QUESTÃO DO AUMENTO DAS RECEITAS

A principal medida para promover uma efetiva elevação das receitas para as políticas de atenção à saúde seria a promoção de uma reforma tributária que aumentasse o poder de gasto das esferas estadual e local de governo, associada à criação de um mecanismo de gestão dos recursos já existentes que evitasse duplicações e desperdícios que hoje prevalecem em todas as esferas de governo.

As outras medidas que auxiliariam o aumento de recursos são aquelas citadas no item anterior que limitam ou eliminam deduções do imposto de renda das despesas com atenção à saúde (médicos) e previdência complementar. O montante que hoje não é arrecadado por força dessas deduções seria transferido para a composição de um orçamento social e de financiamento de programas médico-sanitários e hospitalares para o conjunto da população. Cabe destacar que em relação às deduções com gastos em saúde, a legislação atual do imposto de renda constitui um poderoso subsídio ao consumo da medicina privada. Em 1981, por exemplo, cerca de 14,3 bilhões de cruzeiros (a preços de 1984) deixaram de ser arrecadadas em função das deduções realizadas por pessoas físicas. Tal quantia representou 24% dos gastos federais em saúde daquele ano. Dados com relação às deduções com previdência complementar não estão disponíveis, mas existem indicações de que essa seja uma importante fonte potencial de recursos adicionais.

Cabe lembrar também que a liberação do teto de contribuições patronais sobre a folha de salários possibilita um aumento real das receitas sem significar ônus futuro para a Previdência Social. Parte desses recursos também poderia ser canalizada para o financiamento de programa de atenção à saúde. A própria diversificação das bases de contribuição, anteriormente proposta, pode significar um aumento adicional ainda que não tenha esse objetivo.

Finalmente, é preciso deixar claro que a adoção deste conjunto de medidas deve ser precedido de uma análise de carga fiscal total que incidirá sobre os diferentes setores, evitando um ônus demasiadamente pesado para as empresas, de modo a não comprometer a sua capacidade de operação e sustentação financeira.

5 – DESCENTRALIZAÇÃO E AUTONOMIA FINANCEIRA DOS ESTADOS E MUNICÍPIOS

Em relação a esses aspectos, duas medidas já citadas merecem especial atenção.

A primeira delas é a implantação de uma reforma tributária que garanta aos estados e municípios um fluxo de recursos que possibilite sua maior participação no gasto estatal com atenção à saúde, rnodificando o panorama de centralização descrito na parte II deste trabalho.

Tal medida deveria ser acompanhada pela estruturação de mecanismos de gestão de recursos que funcionassem em cada esfera de governo como a câmara de compensação que permita a consolidação dos recursos oriundos de diferentes fontes.

Na esfera federal teríamos a constituição de um caixa único, acoplado funcionalmente à recém-criada Secretaria do Tesouro e que consolidaria recursos provenientes da Previdência Social, Ministérios da Saúde, Educação, FINSOCIAL, FAS etc. Neste **locus** seriam decididas, com a participação de técnicos desses setores e de representantes da sociedade civil diretamente envolvidos nos programas, tanto a alocação programática quanto o volume de transferências para os estados e municípios.

Semelhante procedimento seria instituído nos estados e para conjuntos de municípios, dependendo das especificidades regionais. Também aí a definição da participação dessas esferas de governo que seria agre-

gada às transferências federais seria decidida por um colegiado composto de representantes dos órgãos estaduais e locais de saúde, das ramificações regionais dos órgãos federais e por representantes da sociedade (prestadores privados, profissionais de saúde, sindicatos e outras organizações de representação de interesses). A tarefa a cumprir nesses níveis de governo seria dar conteúdo programático específico às políticas de âmbito nacional adaptando-as às necessidades regionais e locais. Com isso teríamos garantida a interação entre as esferas de governo controlando o gasto, permitindo o atingimento das metas específicas propostas e resguardando as linhas de atuação prioritárias.

Tal complexo de caixas únicas deveria abranger no futuro não só a política de atenção à saúde mas o conjunto de políticas sociais permitindo o planejamento setorial e regional de forma simultânea. A operacionalização de tal idéia precisa ser ainda amadurecida. Poder-se-ia, entretanto, partir das experiências em cursos no âmbito das Ações Integradas de Saúde, reformulando o que fosse necessário, aumentando a representatividade dos colegiados existentes e dotando-os de infra-estrutura técnica compatível com essas novas responsabilidades de natureza gerencial.

6 – MECANISMOS DE CONTROLE E PARTICIPAÇÃO PÚBLICOS DA AÇÃO ESTATAL NA ÁREA SOCIAL

A adoção de uma sistemática de consolidação e aplicação de recursos provenientes de diferentes fontes, aqui chamada, ainda que imprecisamente, de Orçamento Social, consistiria condição necessária para a superação desse obstáculo.

Fica, no entanto, por sugerir o quem e o como dessa participação de gestão colegiada desses mecanismos de orçamentação nas três esferas de governo.

As instâncias burocráticas de representação das organizações prestadoras de serviços, de representação profissional e trabalhista sempre são lembradas. Isto se deve certamente ao grau de organização alcançado por estas instâncias de representação de interesses. A questão fica porém mais complexa quando desejamos, como é o caso, buscar a participação de outras instâncias da sociedade não organizadas via processos de representação sindical, profissional, patronal ou burocrática. Nesse momento nos ocorrem algumas dúvidas: que tipos de organizações seriam adequadamente representativas para exercer esse papel que ora se propõe? Seriam representações partidárias? Seriam representações de movimentos sociais e comunidades fora dos partidos? Que outras possibilidades se apresentam? Como se faria uma combinação que levasse em conta também as diferentes abrangências e complexidades dos problemas em cada nível de governo?

Não temos respostas prontas para estas indagações. Elas aparecem aqui com o intuito de chamar a atenção dos participantes desta Conferência da necessidade de reflexão sobre o tema. Isso porque se não avançarmos em relação a essas questões, teremos deixado um espaço aberto, que se vier a ser ocupado indevidamente poderá diminuir em muito a efetividade dos programas sociais na resolução dos graves problemas da população.

7 – NOVAS FORMAS DE RELACIONAMENTO DO SETOR PÚBLICO E OS PRESTADORES PRIVADOS DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Parece claro que dada a importância da participação dos prestadores privados de serviços é necessário rever as suas formas atuais de relacionamento com a Previdência Social, principal financiadora de suas operações. Nessa direção, e de forma coerente

com a diretriz política – a atenção à saúde é um direito de cada cidadão e dever do Estado – os serviços por ela englobados devem ser concebidos como PÚBLICOS, independentemente da natureza do agente operador. Tal perspectiva gera a necessidade do estabelecimento de normas e procedimentos jurídicos, econômicos e administrativos que sustentem adequadamente esta diretriz.

É conveniente ressaltar que a aplicação desse novo conjunto de normas, já expressadas em parte no novo contrato-padrão que regulamenta essas relações, abrangerá tão-somente àqueles prestadores privados de natureza filantrópica ou lucrativa que pretendam operar a rede de unidade que darão tratamento universal e equânime à população brasileira.

Nesse caso, nada mais razoável que, de forma semelhante, organizações públicas e privadas devam ter suas operações, custos, padrões de atendimento, rigorosamente controlados a nível local, estadual e federal, pelos colegiados responsáveis pela operacionalização do referido Orçamento Social, naquilo que diz respeito a atenção à saúde. Isso permitiria eliminar as distorções do setor privado, fazendo com que apenas as empresas mais eficientes e mais alinhadas com a nova estratégia governamental possam continuar operando de forma semelhante; pretende-se com isso restaurar a credibilidade, competitividade e eficácia do setor público.

Obviamente, aquela parcela dos prestadores de serviço que não queria submeter-se a tais procedimentos, que sem dúvida garantirão a operação equilibrada dessas organizações, mas não permitirão ganhos e procedimentos operacionais predatórios, terão a possibilidade de operar segundo as regras do mercado.

Nesse sentido, contarão também com um subsídio estatal indireto proporcionado pelas isenções mantidas, embora com teto, para as pessoas físicas na declaração do Imposto de Renda. Terão, coerentemente com as regras de mercado, de estruturar-se de forma competitiva para poder atrair o gasto privado daqueles segmentos da sociedade que preferem usufruir de formas mais exclusivas de atendimento médico.

Cabe, entretanto, considerar que o conjunto de medidas aqui preconizadas induzem, dependendo do formato de operação pretendido para a rede geral de atendimento universalizado e financiado pelos fundos públicos, conseqüências diferenciadas para a organização dos prestadores privados que pretendem aí operar. Chamamos atenção para este fato, ainda que sua solução fuja do âmbito deste trabalho. Certamente outros profissionais poderão refletir mais adequadamente sobre a questão. O que nos cabe é apontar a necessidade de uma regulamentação governamental que não favoreça a conglomeração excessiva dos prestadores, o que levaria, em nosso juízo, a formas cartelizadas de operação, as quais redundam normalmente na penalização dos consumidores.

ANEXO ESTATÍSTICO

TABELA 1

PERCENTUAL DE EMPREGADOS COM CARTEIRA DE TRABALHO, SEGUNDO O SETOR DE ATIVIDADE
BRASIL – 1976-1984

ANOS DE REFERÊNCIA	SETORES DE ATIVIDADE			
	TOTAL	PRIMÁRIO	SECUNDÁRIO	TERCIÁRIO
1976	61,27	18,33	83,46	57,63
1977	58,94	12,20	83,63	59,96
1978	59,89	14,22	83,45	61,19
1979	59,92	13,53	82,52	61,53
1981	58,09	13,26	76,65	61,01
1983	52,78	10,67	65,49	57,78

FONTE : IBGE – PNAD's 1976 a 1984.

TABELA 2

TAXAS DE CONTRIBUIÇÃO À PREVIDÊNCIA SOCIAL DAS PESSOAS OCUPADAS, SEGUNDO O SETOR DE ATIVIDADE
BRASIL 1978-1984

SETORES DE ATIVIDADE	ANOS DE REFERÊNCIA				
	1978	1979	1981	1983	1984
TOTAL	48,26	49,14	49,92	47,69	46,78
Primário	5,60	5,94	7,87	10,75	7,80
Secundário	79,06	78,69	73,44	61,62	71,03
Terciário	64,77	64,76	60,50	61,27	57,84

FONTE : IBGE – PNAD's 1978-1984.

TABELA 3
PESSOAS OCUPADAS QUE NÀO CONTRIBUEM PARA A PREVIDÊNCIA SOCIAL (ESTIMATIVA)
BRASIL 1978-1984

ANOS	OCUPADOS QUE NÃO CONTRIBUEM PARA A PREVIDÊNCIA SOCIAL
1979	22 451 697
1981	22 764 437
1983	25 351 463
1984	26 719 044

FONTE: IBGE – PNAD's 1978-1984.

TABELA 4
EVOLUÇÃO DA ARRECADAÇÃO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
BRASIL 1980-1984

em Cr$ bilhões de 1984

ANOS	VALOR EM Cr$ BILHÕES DA CONTRIBUIÇÃO	CRESCIMENTO SOBRE O VALOR ENCONTRADO NO ANO ANTERIOR
1980	19 524,3	– 5,8%
1981	19 126,1	– 2,0%
1982	24 050,6	25,7%
1983	19 125,9	–20,5%
1984	17 081,4	–10,7%

FONTE: IBGE/FGV.

TABELA 5

EVOLUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DOS ITENS DE RECEITA NA RECEITA TOTAL DO COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO BRASIL 1970-1983

(Em %)

ANOS	CONTRIBUIÇÕES COMPULSÓRIAS	CONTRIBUIÇÕES DA UNIÃO	OUTRAS RECEITAS	TOTAL
1970	04,60	10,02	5,38	100,00
1971	83,44	10,98	5,58	100,00
1972	85,42	9,80	4,78	100,00
1973	87,05	8,49	4,46	100,00
1974	88,81	6,95	4,24	100,00
1975	88,21	6,24	5,55	100,00
1976	88,04	6,21	5,75	100,00
1977	89,68	7,09	3,23	100,00
1978	87,97	5,96	6,07	100,00
1979	92,10	4,94	2,96	100,00
1980	91,62	5,21	3,17	100,00
1981	87,61	9,53	2,86	100,00
1982	93,06	4,57	2,37	100,00

FONTE: Grupo de Custeio do MPAS e Balanços do FPAS.

OBS.: Excluídos os encargos previdenciários da União que passaram a ter trânsito orçamentário somente em 1980, a contribuição da União em 1980 passa a ser 3,45% da receita total. No valor de contribuições da União em 1982, o balanço não contabilizou como receita os Cr$ 180 bilhões de ORTN's que foram apenas abatidos da dívida da União.

TABELA 6

EVOLUÇÃO DAS RECEITAS DO COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO POR CATEGORIA – BRASIL 1970-1983

(EM MILHÕES DE 1983)

ANOS	CONTRIBUIÇÕES COMPULSÓRIAS		CONTRIBUIÇÕES DA UNIÃO		OUTRAS RECEITAS		TOTAL	
	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice
1970	1 843 343	100	218 445	100	117 144	100	2 178 933	100
1971	2 027 912	110	266 904	122	135 646	116	2 430 462	112
1972	2 601 946	141	298 458	137	145 743	124	3 046 147	140
1973	3 295 337	179	321 009	147	169 014	144	3 785 360	174
1974	3 764 495	204	294 646	135	179 525	153	4 238 665	195
1975	4 420 154	240	312 886	143	277 901	237	5 010 941	230
1976	5 017 328	272	354 046	162	327 429	280	5 698 803	262
1977	5 561 627	302	439 952	201	200 291	171	6 201 870	285
1978	6 051 651	328	410 110	188	417 319	356	6 879 080	316
1979	6 467 075	351	347 068	159	207 948	178	7 022 091	322
1980	6 084 208	330	346 026	158	210 681	180	6 640 914	305
1981	5 965 319	324	648 840	297	194 590	166	6 808 750	312
1982	7 540 600	409	370 190	169	191 900	164	8 102 770	372

FONTE: GRUPO DE CUSTEIO DO MPAS E BALANÇOS DO FPAS

OBS.: Excluídos os encargos previdenciários da União que passaram a ter trânsito orçamentário somente em 1980. A contribuição da União em 1980 passa a ser Cr$ 229.110 bilhões (a preço de 1983).
No valor de contribuições da União em 1982, o balanço não contabilizou como receita os Cr$ 180 bilhões de ORTN's que foram apenas abatidos da dívida da União.
INFLATOR UTILIZADO:IGP/DI.

TABELA 7

EVOLUÇÃO DAS DESPESAS DAS ENTIDADES DO COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO
BRASIL 1970-1983

ANOS	INPS	INAMPS	IAPAS	LBA	FUNABEM	SINPAS
1970	1 429 017	638 773	116 904	11 042	8 642	2 204 378
1971	1 532 803	651 302	125 872	15 559	8 378	2 333 914
1972	1 944 997	754 394	137 410	16 496	7 483	2 860 780
1973	2 328 758	922 031	159 394	17 464	8 140	3 435 787
1974	2 643 990	1 028 500	182 055	16 906	7 820	3 879 271
1975	3 083 891	1 382 940	239 139	20 236	8 814	4 735 019
1976	3 605 729	1 824 801	315 776	19 294	11 398	5 776 998
1977	3 993 271	1 879 929	225 199	38 657	14 463	6 151 518
1978	4 510 433	2 041 118	221 870	54 164	19 760	6 847 347
1979	4 789 710	1 919 141	152 731	76 083	20 720	6 958 385
1980	4 849 254	1 950 216	211 297	91 239	27 691	7 129 698
1981	5 051 218	1 801 399	419 586	95 912	32 171	7 400 287
1982	5 701 828	1 839 476	236 344	91 162	29 399	7 898 209

FONTE: Grupo de Custeio do MPAS, Balanços Gerais do FPAS e Balanços da LBA e da FUNABEM.
OBS.: Os dados referentes aos exercícios anteriores a 1978 foram estimados com vistas a reconstituir a despesa do SINPAS se existente a partir de 1970.
Inflator utilizado: IGP/DI.

TABELA 8

EVOLUÇÃO DAS DESPESAS DAS ENTIDADES DO COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO EXPRESSAS COMO PERCENTAGENS DA RECEITA DE CONTRIBUIÇÕES COMPULSÓRIAS

BRASIL 1970 – 1983 (EM %)

ANOS	INPS	INAMPS	IAPAS	LBA	FUNABEM	TOTAL
1970	77,52	34,65	6,34	,60	,47	119,59
1971	75,59	32,12	6,21	,77	,41	115,09
1972	74,75	28,99	5,28	,63	,29	109,95
1973	70,67	27,98	4,84	,53	,25	104,26
1974	70,23	27,32	4,84	,45	,21	103,05
1975	69,77	31,29	5,41	,46	,20	107,12
1976	71,87	36,37	6,29	,38	,23	115,14
1977	71,80	33,80	4,05	,70	,26	110,61
1978	74,53	33,73	3,67	,90	,33	113,15
1979	74,06	29,68	2,36	1,18	,32	107,60
1980	79,70	32,05	3,47	1,50	,46	117,18
1981	84,68	30,20	7,03	1,61	,54	124,06
1982	75,61	24,39	3,13	1,21	,39	104,74

FONTE: Grupo de Custeio do MPAS, Balanços Gerais do FPAS e Balanços da LBA e da FUNABEM.

OBS.: Os dados referentes aos exercícios anteriores a 1978 foram destinados com vistas a reconstituir a despesa do SINPAS (se existentes) a partir de 1970.
Percentuais somam mais de 100% porque a receita de contribuições representa cerca de 95,55 da despesa total.

TABELA 9

EVOLUÇÃO DAS DESPESAS DAS ENTIDADES DO COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO EXPRESSAS COMO PERCENTAGENS DA RECEITA TOTAL BRASIL 1970-1983(EM %)

ANOS	INPS	INAMPS	IAPAS	LBA	FUNABEM	RECEITA TOTAL
1970	65,58	29,32	5,37	,51	,40	101,17
1971	63,07	26,80	5,18	,64	,34	96,03
1972	63,85	24,77	4,51	,54	,25	93,91
1973	61,52	24,36	4,21	,46	,22	90,77
1974	62,38	24,26	4,30	,40	,18	91,52
1975	61,54	27,60	4,77	,40	,18	94,49
1976	63,27	32,02	5,54	,34	,20	101,37
1977	64,39	30,31	3,63	,62	,23	99,19
1978	65,57	29,67	3,23	,79	,29	99,54
1979	68,21	27,33	2,18	1,08	,30	99,09
1980	73,02	29,37	3,18	1,37	,42	107,36
1981	74,19	26,46	6,16	1,41	,47	108,69
1982	70,37	22,70	2,92	1,13	,36	97,48

FONTE: Grupo de Custeio do MPAS, Balanços Gerais do FPAS e Balanços da LBA e da FUNABEM.
OBS.: Os dados referentes aos exercícios anteriores a 1978 foram estimados com vistas a reconstituir a despesa do SINPAS (se existente) a partir de 1970.

TABELA 10

CRESCIMENTO REAL EM NÚMEROS RELATIVOS DA RECEITA DE IPI, IR ICM E DO COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO BRASIL 1972- 1983 (1972 = 100)

ANOS	IPI	IR	ICM	RECEITAS FPAS
1972	100	100	100	100
1973	114	111	120	124
1974	129	133	129	139
1975	125	133	135	165
1976	127	147	137	187
1977	121	164	145	204
1978	126	187	159	226
1979	107	191	160	231
1980	110	195	167	218
1981	100	194	158	224
1982	101	209	165	266
1983	76	212	144	221

FONTE: Conjuntura Econômica, junho de 1983, vol. 37 N. 6.
Boletim Mensal do Banco Central do Brasil, junho e julho de 1984, vol. 20 n 6-7.
DEFLATOR UTILIZADO: IGP/DI.

TABELA 11
GASTO ESTIMADO EM SAÚDE
BRASIL 1982

FONTE	GASTO EM %	
PÚBLICAS	62,24	
FEDERAIS		39,61
TESOURO E OUTROS		8,59
PREVIDÊNCIA SOCIAL (FPAS)		31,01
ESTADUAIS		15,02
TESOURO (SAÚDE/SANEAMENTO)		12,16
PREVIDÊNCIA SOCIAL		3,65
MUNICIPAIS		6,82
TESOURO		5,00
PREVIDÊNCIA SOCIAL		1,02
PRIVADAS	37,76	
PESSOAS FÍSICAS		25,66
SISTEMAS PATRONAIS		5,07
SISTEMAS SECURITÁRIOS		3,94
SISTEMAS SINDICAIS		2,20
ENTIDADES FILANTRÓPICAS		0,89
TOTAL		100,00

FONTE: GAP.
IPEA/CNRH.

TABELA 12

PARTICIPAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA DESPESA GERAL DA UNIÃO (Cr$ MILHÕES DE 1984)

ANO	DESPESAS GERAIS DA UNIÃO	DESPESAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	
1970	16 467 342	183 328,6	1,11
1971	12 681 600	178 997	1,41
1972	15 884 003	188 373,6	1,19
1973	18 343 613	189 698,6	1,03
1974	20 153 406	189 569,7	0,94
1975	22 806 899	256 965,8	1,13
1976	26 139 168	413 897,1	1,58
1977	26 987 371	486 719,0	1,80
1978	27 935 584	506 848,2	1,81
1979	26 557 091	482 897,0	1,82
1980	30 346 527	417 617,2	1,38
1981	27 329 340	379 586,3	1,39
1982	28 688 784	446 666,7	1,56
1983	27 955 790	311 581,6	1,11
1984	21 586 600	319 925	1,48

FONTE: 1970/82: Balanços Gerais da União.
1983/84: Orçamentos Gerais da União.
Deflator: IGP/DI

TABELA 13

EVOLUÇÃO DAS DESPESAS EM SAÚDE POR PROGRAMAS SETORIAIS
BRASIL 1978-1984 (EM %)

	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	2,83	3,00	3,28	3,97	4,76	5,95	5,84
SERV. BÁSICOS DE SAÚDE	,87	1,46	2,14	2,87	3,06	2,89	2,36
ATENÇÃO MÉDICO-HOSPITALAR	86,48	86,64	86,29	85,21	83,95	80,46	81,33
CONTROLE DE DOENÇAS TRANS.	2,91	2,81	2,12	1,76	2,21	2,93	2,72
PROD. PROFI. E TERAPÊUTICOS	,41	,28	1,89	2,78	2,56	2,81	2,23
OUTROS	6,52	5,81	4,28	3,42	3,46	4,94	5,49
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

FONTE: Consolidação Plurianual de Programas de Governo – CPPG. SER/CNRH/IFER. 1983 – MIMEO.

TABELA 14

RECEITA TRIBUTÁRIA DA UNIÃO E FUNDOS SOCIAIS
BRASIL 1980 – 1984
(EM CR$ BILHÕES DE 1984)

ANOS	RECEITA TRIBUTÁRIA DA UNIÃO		FUNDOS SOCIAIS		(B) / (A)
	CR$ (A)	VAR. %	CR$ (B)	VAR. %	%
1980	44 190,8	5,4	32 622,3	–	73,8
1981	41 366,2	-6,4	31 592	-3,2	76,4
1982	42 597,2	3,1	37 884,8	19,9	88,8
1983	42 454,4	-, 5	31 925,6	-15,7	75,2
1984	34 621,4	-18,4	28 714,6	-19,1	82,9

FONTE: IBGE/FGV. In Rezende da Silva, F. Op. Cit.

TABELA 15

PARTICIPAÇÃO DOS ESTADOS E MUNICÍPIOS
NAS RECEITAS TRIBUTÁRIAS DA UNIÃO
BRASIL 1968-1983

ANOS	(1) PARTICIPAÇÃO DOS ESTADOS (%)	(2) PARTICIPAÇÃO DOS MUNICÍPIOS (%)	(1) + (2) (%)
1968	12,53	8,64	21,17
1969	9,96	4,69	14,65
1970	10,71	5,34	16,05
1971	10,48	4,86	15,34
1972	10,07	4,69	14,76
1973	11,56	4,45	16,01
1974	10,91	4,41	15,32
1975	10,57	4,07	14,64
1976	12,51	5,03	17,54
1977	12,28	5,21	17,49
1978	13,02	5,63	18,65
1979	12,58	5,86	18,44
1980	10,79	5,22	16,01
1981	9,54	5,85	15,39
1982	10,85	6,58	17,43
1983	10,98	7,25	18,23

FONTE: Afonso, J.R.R., " Fontes de Financiamento dos Governos Estaduais e Municipais no Brasil".

TABELA 16

PARTICIPAÇÃO DOS ESTADOS E MUNICÍPIOS NA DISTRIBUIÇÃO DAS RECEITAS FEDERAIS TOTAIS BRASIL 1968-1983

ANOS	(1) PARTICIPAÇÃO DOS ESTADOS (%)	(2) PARTICIPAÇÃO DOS MUNICÍPIOS (%)	(1) + (2) (%)
1968	10,58	7,30	17,88
1969	7,28	3,43	10,71
1970	6,65	3,31	9,96
1971	9,66	4,48	14,14
1972	9,15	4,26	13,41
1973	10,68	4,11	14,79
1974	10,10	4,09	14,19
1975	9,70	3,73	13,43
1976	11,29	4,54	15,83
1077	10,92	4,63	15,55
1978	11,27	4,87	16,14
1979	11,19	5,21	16,40
1980	8,80	4,26	13,06
1981	7,83	4,80	12,63
1982	8,47	5,14	13,61
1983	7,54	4,98	12,52

FONTE: Afonso, J.R.R., "Fontes de Financiamento dos Governos Estaduais e Municipais do Brasil".

TABELA 17

PARTICIPACÃO DOS ESTADOS E MUNICÍPIOS NAS RECEITAS TRIBUTÁRIAS DA UNIÃO BRASIL 1968-1983

ANOS	(1) PARTICIPAÇÃO DOS ESTADOS (%)	(2) PARTICIPAÇÃO DOS MUNICÍPIOS (%)	(1) + (2) (%)
1968	12,53	8,64	21,17
1969	9,96	4,69	14,65
1970	10,71	5,34	16,05
1971	10,48	4,86	15,34
1972	10,07	4,69	14,76
1973	11,56	4,45	16,01
1974	10,91	4,41	15,32
1975	10,57	4,07	14,64
1976	12,51	5,03	17,54
1977	12,28	5,21	17,49
1978	13,02	5,63	18,65
1979	12,58	5,86	18,44
1980	10,79	5,22	16,01
1981	9,54	5,85	15,39
1982	10,85	6,58	17,43
1983	10,98	7,25	18,23

FONTE: Afonso, J.R.R., "Fontes de Financiamento dos Governos Estaduais e Municipais no Brasil".

TABELA 18

PARTICIPAÇÃO DOS ESTADOS E MUNICÍPIOS NA DISTRIBUIÇÃO DAS RECEITAS FEDERAIS TOTAIS BRASIL 1968-1983

ANOS	(1) PARTICIPAÇÃO DOS ESTADOS (%)	(2) PARTICIPAÇÃO DOS MUNICÍPIOS (%)	(1) + (2) (%)
1968	10,58	7,30	17,88
1969	7,28	3,43	10,71
1970	6,65	3,31	9,96
1971	9,66	4,48	14,14
1972	9,15	4,26	13,41
1973	10,68	4,11	14,79
1974	10,10	4,09	14,19
1975	9,70	3,73	13,43
1976	11,29	4,54	15,83
1977	10,92	4,63	15,55
1978	11,27	4,87	16,14
1979	11,19	5,21	16,40
1980	8,80	4,26	13,06
1981	7,83	4,80	12,63
1982	8,47	5,14	13,61
1983	7,54	4,98	12,52

FONTE: Afonso, J.R.R., "Fontes de Financiamento dos Governos Estaduais e Municipais do Brasil".

TABELA 19
RECEITA TRIBUTÁRIA DA UNIÃO E FUNDOS SOCIAIS
BRASIL 1980 – 1984
(EM CR$ BILHÕES DE 1984)

ANOS	RECEITA TRIBUTÁRIA DA UNIÃO		FUNDOS SOCIAIS		(B) / (A)
	CR$ (A)	VAR. %	CR$ (B)	VAR. %	(%)
1980	44 193,8	15,4	32 622,3	–	73,8
1981	41 366,2	-6,4	31 592	-3,2	76,4
1982	42 697,2	3,1	37 884,8	19,9	88,8
1983	42 434,4	-,5	31 925,6	-15,7	75,2
1984	34 621,4	-18,4	28 714,6	-10,1	92,9

FONTE: IBGE/FGV, In Rezende da Silva, F, Op. Cit.

TABELA 20
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS PESSOAS
OCUPADAS NO BRASIL SEGUNDO CLASSES DE RENDIMENTO (1)
1979-1984

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL (EM SALÁRIOS MÍNIMOS)	1979		1984	
	%	% ACUM.	%	% ACUM.
TOTAL (2)	100	100	100	100
ATE 1 SM (3)	43,84	43,84	42,86	42,86
DE 1 A 2 SM	25,69	69,53	22,63	65,49
DE 2 A 5 SM	20,37	89,90	22,36	87,85
DE 5 A 10 SM	6,54	96,44	7,72	95,57
MAIS DE 10SM	3,38	100,00	4,43	100,00

FONTE: IBGE, PNAD's 1979 e 1984.

(1) São considerados apenas os rendimentos das ocupações declaradas
(2) Exclui os sem declaração de rendimento
(3) Inclui os trabalhadores sem rendimento

NOVAS DIRETRIZES PARA O FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE

HUMBERTO GOMES DE MELO
Representante do Conselho Nacional dos
Secretários de Saúde (CONASS)

A maioria dos documentos que tratam do setor saúde no Brasil faz referência a um quadro sanitário desolador da nossa população. Fala-se em milhões de desassistidos formados pelos desempregados e subempregados da área urbana e a maioria dos habitantes da zona rural. Comenta-se sobre os serviços oferecidos com atenção e atendimento inadequados, desagradando aos prestadores de serviços e a seus usuários.

O quadro sanitário da população brasileira vem sendo traçado sem grandes discrepâncias por todos os que abordam o assunto. Há uma disparidade de convivência das doenças ditas de pobreza com as doenças modernas, próprias de países industrializados. Entre as primeiras, cita-se a desnutrição, que atinge cerca de 40 milhões de pessoas; a doença de Chagas, com cerca de 6 milhões; a esquistossomose, com 6 a 8 milhões; a malária, com um crescimento acentuado; a tuberculose, que recrudesce em algumas áreas; a hanseníase, com mais de 500 mil vítimas; e as doenças diarréicas, que atingem milhões de crianças e são responsáveis por 40% das mortes infantis. Afora tudo isto, ainda ocorrem cerca de 100 mil casos, por ano, de doenças evitáveis por imunização.

Entre as doenças chamadas modernas, estão os distúrbios cardiovasculares, o câncer, as doenças crônico-degenerativas, as doenças mentais, os acidentes de trabalho e de trânsito e as doenças profissionais ou ocupacionais.

Todos reconhecem que as disparidades se apresentam de forma acentuada entre as regiões do País e os vários grupos e classes sociais. A mortalidade infantil na Região Nordeste chega a atingir o índice de 200 por 1.000 nascidos vivos, enquanto no Sul, encontramos o índice de 30 por 1.000. A esperança de vida de um nordestino mais pobre e um sulista mais rico representa uma diferença de até 30 anos.

A análise do sistema de atenção à saúde no Brasil também vem merecendo críticas de todos os setores da sociedade. Comenta-se sobre os altos índices de utilização de tecnologia avançada e de prestação de serviços especializados, além da acentuada participação estatal, principalmente através da Previdência Social, como sendo responsáveis por um aumento nos gastos com saúde no Brasil. Responsabiliza-se com freqüência o setor privado pelos problemas das políticas de saúde e pela falta de recursos para a atenção médica. Fala-se nos gastos excessivos e altos custos do setor hospitalar privado como responsáveis pela situação caótica do setor saúde. Na realidade, o que se procura é uma solução para o problema do financiamento para o setor saúde e tenta-se transferir responsabilidades a fim de ofuscar o verdadeiro pro-

blema, que é a falta de privilegiamento para a saúde no Brasil.

1. O GASTO ESTATAL EM SAÚDE

A pouca importância dada às medidas de atenção coletiva à saúde da população fica patente ao verificar-se a participação inexpressiva e decrescente do orçamento do Ministério da Saúde no orçamento global da União. Em 1979 correspondia a 1,82%, quando em 1978 representara 2,21%, e caiu, em 1983, para 1,32%. Os recursos destinados ao Ministério da Saúde são irrisórios, quando comparados aos orçamentos dos demais ministérios. Transportes, passou de 5,4% em 1979 para 8,72% em 1983; Interior, passou de 2,68% em 1979 para 3,38% em 1983; Aeronáutica, passou de 3,15% em 1979 para 4,14% em 1983. Enquanto a União, através do Ministério da Saúde, destina 1,32% do seu orçamento para a saúde, as unidades federativas destinam, como média, 7,72% para a função saúde e saneamento. São os estados do Norte e Nordeste os que maiores recursos proporcionais destinam para a saúde.

Com o surgimento do FINSOCIAL, os recursos destinados à área de saúde no orçamento do ministério aumentaram consideravelmente. Assim é que, de 1,7 trilhão de cruzeiros destinados ao Ministério da Saúde em 1985, 1,2 trilhão de cruzeiros são oriundos do FINSOCIAL. No âmbito do INAMPS, a despesa total prevista para 1985 foi de 11,9 trilhões de cruzeiros, correspondendo a 21% das despesas do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Em valores deflacionados, os gastos com assistência médica do INAMPS em 1984 foram inferiores aos de 1975 do ex-INPS. Leve-se em consideração que em 1975 foram realizadas 92,3 milhões de consultas médicas, contra 235,6 milhões em 1984; 13,8 milhões de consultas odontológicas em 1975 contra 40,6 milhões em 1984. E 6,6 milhões de internações em 1975, contra 12,6 milhões em 1984.

Na observação das despesas com assistência médica e sanitária do INAMPS no período 80/84 nas regiões e unidades federativas, concluímos que as despesas aumentaram na Região Sudeste, passando de 54,17% para 58,83% em 1984. Nas demais regiões, houve uma diminuição no percentual dos gastos com assistência médica no período 80/84.

Quanto ao comportamento dos gastos nos vários estados, constatamos que os recursos destinados ao Estado de São Paulo passaram de 26,66% em 1980, para 30,49% em 1984; enquanto que para a Bahia, passaram de 4,05% para 3,71%; no Ceará, passaram de 3,03% para 2,63%; e no Rio Grande do Norte, de 1,04% para 0,76% no período 80/84.

A evidência das disparidades regionais aparece quando comparamos as despesas com assistência médica e sanitária do INAMPS nos anos de 1980 e 1984 com a população dos vários estados e regiões. Os grandes contrastes acontecem principalmente entre as regiões Norte e Nordeste, comparadas com o Sul e o Sudeste.

O Rio de Janeiro, com uma população que representa 9,43% da população brasileira, teve um gasto com saúde no INAMPS que correspondeu a 17,54% em 1980 e 18,61% em 1984. A Bahia, com 7,92% da população brasileira, recebeu do INAMPS 4,05% e 3,71%, respectivamente, nos anos de 1980 e 1984. O Maranhão, com 3,41% da nossa população, recebeu do INAMPS, nos anos 1980 e 1984, 0,94% e 1,08%, respectivamente, do orçamento do Ministério da Previdência destinado ao INAMPS.

A despesa **per capita** na assistência médica sanitária do INAMPS em 1984 evidencia o contraste entre o Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul, com gastos **per capita** anual respectivamente de 69 mil 319 cruzeiros, 49 mil 272 cruzeiros e 48 mil 049 cruzeiros, contra os gastos **per capita** no mesmo ano nos estados do Amazonas, Pará e Maranhão, que foram de 14 mil 433 cruzeiros, 14 mil

162 cruzeiros e 11 mil 093 cruzeiros, respectivamente.

2. OS GASTOS DO SETOR PRIVADO EM SAÚDE

Os gastos com saúde pelo setor privado podem ser evidenciados com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 1981 pelo IBGE.

Podemos constatar que 52,5% do total de gastos com saúde no Brasil são realizados por pessoas físicas. O ítem medicamentos é o que tem maior representatividade, correspondendo a 34,3% dos gastos totais com saúde.

Em 1975, a participação do setor privado representava 33%, segundo dados do IPEA, *in* **Política e Financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro numa Perspectiva Internacional.**

Em comparação com outros países na mesma época, temos os Estados Unidos com 57,3% de gastos privados; a Austrália, 35,6%; Suíça, 33,5%; Holanda, 28,9%, Canadá, 24,6%; e França, 24%.

Segundo dados do PNAD/81, os gastos com hospitalização realizados por pessoas físicas, no período de novembro de 1980 a novembro de 1981, corresponderam a 67,5 bilhões de cruzeiros em valores da época, e a maior representatividade desses gastos situou-se na faixa de renda familiar acima de cinco salários-mínimos. Os gastos com hospitalização representaram 4,56% dos rendimentos dos moradores pesquisados.

Na região Nordeste os gastos chegaram a representar 5,73% dos gastos dos rendimentos pesquisados.

Os gastos com atendimentos odontológicos e prótese dentária, no período novembro de 1980 a novembro de 1981 corresponderam a 33,4 bilhões de cruzeiros em valores da época, representando 1,89% do rendimento familiar.

Segundo a mesma pesquisa, os gastos totais com saúde realizados por pessoas físicas no período novembro de 198O a novembro de 1981 representaram 52,3 bilhões de cruzeiros em valores da época, que correspondem a 50 milhões de ORTN's. O ítem medicamentos representou 31,6 milhões de ORTN's, que correspondeu a 63,66% dos gastos privados. O ítem hospitalização representou 5,4 milhões de ORTN's, que correspondeu a 10,81% dos gastos totais. O ítem atendimentos odontológicos representou 2,7 milhões de ORTN's e correspondeu a 5,19% dos gastos totais.

Em valores de julho de 1984, que corresponde à média anual naquele ano, verificamos que o gasto total com saúde no Brasil foi da ordem de 14,4 trilhões de cruzeiros, que equivale a 1,08 bilhão de ORTN's, situando-se em torno de 3,72% do PIB.

Então, os gastos totais com saúde neste País representam em torno de 3,72% do nosso Produto Interno Bruto (PIB).

Os recursos do setor público, representados entre federais, estaduais e municipais, corresponderam a 41,6% do total de gastos com saúde. As despesas com saúde na Previdência Social, dentro dos recursos federais, corresponderam a 210,2 milhões de ORTN's e 19,4% dos gastos totais com saúde neste País. A Previdência Social representou menos de 20% dos gastos com saúde neste País, correspondendo a 0,72% do nosso PIB. Os recursos estaduais e municipais corresponderam, respectivamente, a 140 e a 43,7 milhões de ORTN's. Enquanto os gastos públicos corresponderam a 41,6% dos gastos totais com saúde, os gastos do setor privado, segundo dados da PNAD, corresponderam a 58,4% dos gastos totais do setor saúde. As despesas com medicamentos corresponderam a 1,28% do nosso Produto Interno Bruto. As despesas com medicamentos foram quase que o dobro do que a Previdência Social gastou com assistência médica neste País. As pessoas físicas gastaram com hospitalização 61,3 milhões de ORTN's, que correspondem a 0,21% do nosso PIB e 5,6% dos gastos to-

tais do setor saúde. Os outros gastos com saúde corresponderam a 136,8 milhões de ORTN's. O sistema securitário contribuiu com 63,7 milhões de ORTN's.

3. CONCLUSÕES E PROPOSTAS

A análise dos gastos com saúde no Brasil nos setores público e privado evidencia alguns pontos que merecem uma reflexão toda especial.

Inicialmente podemos afirmar que o interesse do poder público pelo setor saúde não vem sendo uma constante, pois as mais das vezes aparece apenas em épocas eleitorais, quando as mensagens que falam em saúde alcançam impacto maior junto à população. O Ministério da Saúde, com verbas cada vez menores, vem sendo desprezado por todos os governantes, que agora encontram no FINSOCIAL uma fórmula para esconder o irrisório percentual que o orçamento nacional destina ao Ministério. É inadmissível que se destine 11,36% para os Ministérios Militares, 8,72% para o Ministério dos Transportes e 3,38% para o Ministério do Interior, enquanto o Ministério da Saúde recebe apenas 1,32% do orçamento da União e ainda com o agravante de uma queda percentual nos últimos anos.

Torna-se necessária a regulamentação do FINSOCIAL, para que se defina quanto caberá ao setor saúde, sem que se considerem tais recursos uma esmola que vem substituir a obrigação do governo federal atribuir maiores recursos no seu orçamento para a saúde dos brasileiros.

Os estados do Norte e Nordeste estão procurando destinar maiores recursos para a saúde, tornando-se necessário que o mesmo aconteça com o governo federal e com os estados do Sul e Sudeste.

A Previdência Social, que teve queda acentuada na sua receita em valores corrigidos a partir de 1979, fazendo com que os recursos arrecadados em 1984 tenham sido menores do que os de 1975, necessita definir o percentual a ser gasto com saúde de seus segurados e dependentes.

Houve época em que se destinou mais de 31% para a assistência médica previdenciária, mas, nos últimos anos, o percentual situou-se em 21,1%, 19,8% e 23,4% da receita total, respectivamente, nos anos de 1982, 1983 e 1984. Para a distribuição dos recursos aos vários estados e regiões torna-se necessário uma definição de critérios, a fim de que se evite o aumento do fosso existente entre o Norte e Nordeste, Sul e Sudeste. No período 80/84 as despesas com assistência médica do INAMPS no SUDESTE aumentaram 4,66% em detrimento das outras regiões. O aumento verificado no Sudeste correspondeu ao total gasto na região Norte e mais os estados do Maranhão, Piauí e Rio Grande do Norte reunidos. A despesa **per capita** na assistência médica e sanitária no INAMPS teve, em 1984, um custo médio de 35 mil 126 cruzeiros em valores da época, que corresponde a 1,59 ORTN.

As disparidades regionais mostram que o Rio de Janeiro tem um custo **per capita** anual de 3,14 ORTN's, enquanto no Maranhão o custo é de 0,5 ORTN, representando, portanto, seis vezes menos que o Rio de Janeiro e três vezes menos que a média brasileira.

A análise dos custos de uma internação nos hospitais próprios e contratados revela que, nos serviços contratados, uma internação, que representava 42,6% dos custos dos serviços próprios, em 1974, passou a representar apenas 16,4% em 1984. Houve uma queda acentuada no custo de uma internação paga aos hospitais contratados, enquanto os custos dos hospitais próprios apresentaram certo aumento. Em 1984, uma internação nos hospitais próprios correspondeu a 56,96% ORTN's, enquanto que nos hospitais contratados ficou em torno de 9,36 ORTN's.

No estudo do comportamento do setor privado nos gastos com saúde aparecem algumas evidências que até o momento não

vinham sendo observadas. A PNAD/81 revelou que os gastos efetuados com saúde por moradores de domicílios particulares são bem superiores a tudo o que se imaginava até então. Os recursos aplicados por pessoas físicas no setor saúde representam 570,5 milhões de ORTN's, que equivale a 1,95% do nosso PIB e corresponde a 60,7 bilhões de cruzados em valores atuais. Os gastos com medicamentos, que representam 1,28% do nosso PIB chegam a 372,3 milhões de ORTN's que, em moeda atual, corresponde a 39,6 bilhões de cruzados. As despesas com hospitalização, que atingem 61,3 milhões de ORTN's, representam cerca de 77,8% do total que o INAMPS vem gastando anualmente nas internações em hospitais contratados.

Como acabamos de observar, a representatividade do setor público nos gastos com saúde tem sido muito pequena e mesmo a Previdência Social não vem destinando para a assistência médica e sanitária recursos necessários. É imperativo que se definam novas formas de custeio para o setor saúde e que se estabeleça um percentual compatível nos orçamentos da União, dos estados e dos municípios que venha a contemplar o setor com recursos suficientes, para que se possa elevar o nível de saúde da nossa população.

As propostas do CONASS para financiamento do setor saúde e reversão da atual situação partem da necessidade de se batalhar para conseguir 8% do PIB para a saúde dos brasileiros.

As recomendações dos Secretários de Saúde são as seguintes:

– Os orçamentos federais, estaduais e municipais deverão destinar pelo menos 10% para o setor saúde, independentemente dos recursos alocados para saneamento básico.

– Na regulamentação do FINSOCIAL os recursos para o setor saúde deverão ser definidos em percentual nunca inferior a 25% da arrecadação do fundo.

– O Ministério da Previdência e Assistência Social deverá rever os atuais critérios de contribuição, para que, em futuro próximo, haja também incidência de contribuição previdenciária sobre o faturamento das empresas. Da receita previdenciária deverá ser destinado pelo menos 25% para o setor saúde. As distorções regionais deverão ser corrigidas com distribuição dos recursos na proporção de 70% em relação à população dos estados e 20% em relação à arrecadação de cada unidade federativa, ficando os 10% restantes para os ajustes regionais.

As nossas esperanças se voltam para esta 8.ª Conferência Nacional de Saúde e o CONASS espera que deste fórum saiam as diretrizes para o financiamento no setor saúde.

O Dr. Geraldo Justo – Inicialmente faço um esclarecimento. Represento aqui a Confederação das Misericórdias do Brasil, que, por si, representa as Santas Casas brasileiras e os hospitais filantrópicos, também brasileiros. Faz parte da iniciativa privada, mas uma iniciativa privada não lucrativa.

A Confederação apoiou a organização da 8.ª Conferência Nacional de Saúde desde o início, compartilha, inclusive, da organização perfeita que estamos vendo aqui e também nós ansiamos pelos resultados que deverão sair desta Conferência visando, naturalmente, um Sistema Nacional de Saúde.

Faço referência, também, à posição que foi colocada aqui pelo Ministro Raphael de Almeida Magalhães, da Previdência Social, enfatizada pelo Dr. Hésio Albuquerque, Presidente do INAMPS, e pelo companheiro de Mesa, Dr. Pedro Luís.

As filantrópicas estão trabalhando, **pari passu**, com a Previdência Social, com o Ministério da Saúde e com algumas secretarias de saúde deste País; estão trabalhando junto com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, visando adiantar implantação do Sistema Nacional de Saúde, colaborando, ajudando e participando das ações integradas de saúde neste País e da sua implantação, que se vem realizando há algum tempo. Através desta participação é que pleiteamos a nossa integração em todo esse sistema em que a Previdência, o Ministério da Saúde e os secretários de saúde estão trabalhando – as ações integradas.

Da referida participação é que surgiu, então, esse contrato, essa nova relação, uma relação especial das filantrópicas brasileiras com a Previdência Social, com as Secretarias de Saúde. Somos participantes, somos defensores da municipalização do atendimento à saúde. Todo o gerenciamento do sistema de saúde brasileiro tem que partir de baixo para cima e não de cima para baixo. As comunidades brasileiras têm condições de gerenciar o sistema de saúde a nível de localidade com a participação de todos e, fazendo parte naturalmente, das comunidades, as filantrópicas brasileiras. Praticamente, em sua maioria, elas tem representantes de toda a comunidade fazendo parte de seus conselhos e da sua diretoria. Elas foram relegadas naturalmente, durante bastante tempo, quase a que um ostracismo total, atingindo algumas situações insolúveis. Elas conseguiram, praticamente, passar por todas estas crises graças, somente, ao atendimento preciso das comunidades, que sempre acolheram as necessidades deste tipo de instituição.

Fica-me bastante evidenciado e bastante claro, em relação ao atual sistema, principalmente na Previdência Social, no SIMPAS, o caráter regressivo das contribuições que penalizam as empresas produtoras de trabalho intensivo, que são aquelas

que geralmente têm menor produtividade e menor lucro.

Os repasses aos preços dos produtos penalizam principalmente as classes de menor poder aquisitivo. Para mim, isto também está claro. Os recursos destinados aos Estados, principalmente aos municípios, e os oriundos do sistema previdenciário que são repassados à Previdência Social são insuficientes para manter uma assistência necessária e exigida pela população brasileira.

Devemos enfatizar bastante, também, o problema surgido durante os últimos vinte anos, principalmente, e que gerou uma centralização excessiva da receita tributária nacional. Esta receita tributária centralizada está relacionada diretamente com o problema da dívida externa, que esta Conferência tem que tratar, também diretamente, através dos documentos finais de trabalho, bem como as ações paralelas que há hoje, provocadas por todos esses subsistemas de saúde existentes no País, que promovem um alto custo da assistência médico-hospitalar brasileira, e que deverão ser tratados com bastante atenção na formulação de um novo sistema unificado de saúde. O sistema penaliza principalmente o trabalhador pela falta de financiamento, que leva à péssima assistência que ele tem hoje em relação à saúde.

Depois, uma proposta que os conferencistas não apresentaram, uma proposta praticamente alternativa, que, gostaria, fosse analisada: um modelo novo no orçamento fiscal a ser considerado na reforma tributária; a criação de um imposto único incidente, sobre os bens de consumo e os bens de produção, sobre os jogos, o qual se constituiria num fundo único. Este fundo único, então, seria usado exclusivamente no setor saúde, dentro do processo de universalização, de hierarquização e de descentralização. Esta, a proposta nova que coloco.

O Dr. Luiz Cordoni Júnior – As colocações que vou fazer, embora sejam feitas em meu nome, acredito possam refletir o pensamento predominante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – o CONASS.

Tentando resumir as colocações que aqui foram feitas, direi que o financiamento do setor saúde tem as seguintes características: é insuficiente, tem alto grau de imprevisibilidade, é regressivo, ou seja, penaliza proporcionalmente aqueles que têm menor renda, incide predominantemente sobre o salário e menos sobre o capital, provém de uma multiplicidade de fontes de origem e tem alto grau de atrelamento ao sistema previdenciário.

Conseqüentemente, com este diagnóstico, a terapêutica indicada seria a criação de um sistema de financiamento que contemplasse o setor com volume de recursos suficientes para as suas necessidades; que estes recursos fossem previsíveis, que não fossem regressivos, ou seja, que penalizassem igualitariamente ou proporcionalmente a todos os cidadãos, ou que penalizassem mais aqueles de maior renda; que fosse universal e desatrelado do sistema previdenciário.

Destas questões todas, destaco algumas que gostaria ver aprofundadas pelos Expositores.

Destaco a questão da não regressividade. Entendo que a criação de um sistema de financiamento que penalize, de preferência, mais aos que têm maior renda, ou pelo menos, igualitariamente, proporcionalmente, a todos os cidadãos, é um ponto de resgate fundamental da dívida social acumulada e que deve ser resolvido na Nova República. Por isto, gostaria que esta questão fosse um pouco mais aprofundada. Gostaria de saber de que forma se pode criar um sistema não regressivo. Esta questão já foi abordada por um dos apresentadores, mas gostaria de vê-la mais aprofundada.

A segunda questão: é ponto fundamental para a universalização do serviço de saúde, o desatrelamento do financiamento ao sistema previdenciário. Entendo que, enquanto isto continuar ocorrendo teremos uma grande dificuldade em universalizá-

lo. Embora a universalização do financiamento já exista parcialmente, até mesmo da parte dos recursos previdenciários, uma vez que uma parcela dos recursos oriundos da Previdência Social são recursos do empregador (que repassa esses custos ao seu produto, que é vendido a toda a população e não só à população previdenciária) ela ainda é extremamente parcial.

São estas duas questões que coloco para que sejam aprofundadas pelos apresentadores aqui presentes. Em seguida, acrescento uma terceira questão, que entendo ser um desafio, relativa ao problema do financiamento. É a questão do controle dos gastos.

Esta questão passa, em primeiro lugar, pelo controle do setor privado pelo setor público. Já foi bem colocada, aqui, a tese de que o setor privado deve comportar-se como um concessionário dos serviços públicos. Entretanto, quando o setor público se dispõe a controlar o setor privado, ele próprio tem que repensar a si próprio, tem que repensar a sua própria organização e a sua própria eficiência e tem que superar o desafio de ser, ele próprio, um setor bem administrado e que controle adequadamente os seus próprios gastos. De modo que financiamento e organização do serviço de saúde são coisas extremamente relacionadas e dependentes.

Coloco, então, a questão final, a do controle do próprio setor público. O setor se encontra, hoje, no limiar de um desafio. Ele tem condições de assumir efetivamente a direção política do setor saúde no País. Para que isto seja feito, o desafio que se coloca ao setor público, hoje, é que ele próprio saiba dar demonstração de eficiência nos seus gastos, para que possa habilitar-se a ser o controlador, que deve ser, do setor privado.

O Sr. Luís Roberto de Oliveira – Não nos deteremos muito em comentar os aspectos técnicos da questão de financiamento do setor saúde, porque consideramos que as exposições feitas agora, nesta mesa, contemplaram a questão de maneira competente, e os aspectos abordados, as propostas defendidas, principalmente pelos Drs. André Luiz Médici e Pedro Luís Barros Silva, vêm muito ao encontro daquelas bandeiras que a CONCLAT defende nesta 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Aproveitamos o momento, então, para fazer alguns comentários, a respeito dos assuntos abordados nesta Conferência e que têm muito a ver com a questão de financiamento. É muito difícil discutir a reorganização. A discussão que tivemos ontem, era muito difícil fazê-la sem ter que pensar em quem financiaria aquele sistema que discutíamos e pretendíamos reorganizar.

Em primeiro lugar, consideramos que o Estado deve assumir a responsabilidade de assegurar saúde a todos os cidadãos sem distinção de qualquer natureza. Neste sentido, o País tem que ser visto como um todo, e medidas concretas têm que ser tomadas para levar assistência a todos os rincões do território nacional. Então, discutir reorganização e financiamento do setor saúde sem se discutir a questão da inexistência, em grande extensão do País, sequer de serviços de saúde de atenção primária, seria uma incompreensão de nossa parte.

Para que a rede de saúde chegue a todas as partes do território nacional, é obrigatório que um percentual mínimo seja definido para os orçamentos municipais, estaduais e mesmo para o orçamento federal. Um percentual, uma taxa mínima obrigatória que garanta a estas instâncias a implementação de uma rede física, de uma rede de serviços que possa levar a todos os cidadãos, pelo menos, a oportunidade da assistência médica. Reforço, neste ponto, a questão da reforma tributária, também discutida e defendida pelos expositores.

A CONCLAT defende, nesta Conferência, a instituição de um sistema único

de saúde sob comando único e que opere de acordo com uma política nacional de saúde que prestigie de maneira predominante o setor público e o setor privado não lucrativo representado pelas Santas Casas, pelos hospitais beneficentes e que o setor privado lucrativo entre de maneira complementar e subordinado ao controle oficial, ao controle do Estado.

O financiamento, como se dá hoje, a CONCLAT o considera injusto, porque a maior parte da assistência à saúde no País é financiada pela arrecadação dos trabalhadores, como já foi dito aqui. A assistência médica, que os trabalhadores e a população em geral recebem, é a que conhecemos. Além de insuficiente, é em grande parte, incompetente, ineficaz, devido, exatamente, à maneira como se dá este financiamento, até então privilegiando os serviços privados e que, em primeiro lugar, coloca a questão da lucratividade e, somente em segundo lugar, a questão da própria assistência. É um sistema injusto de financiamento e deve ser reformulado.

A CONCLAT entende que a arrecadação da folha de pagamento para a Previdência deva ser destinada, única e exclusivamente, à previdência, e que o orçamento dos estados, municípios e da União tenham, então, aquela parcela que já colocamos no início.

Como alternativa, a taxação do capital e de setores de mais elevada renda parece ser medida justa para o financiamento do setor saúde. Uma questão primordial, e mesmo central, do desenvolvimento das políticas sociais no País e particularmente no setor saúde, seria o enfrentamento decidido da dívida externa, com qualquer alternativa que resolva o problema que cesse a transferência para o exterior, o pagamento de juros de uma dívida que, temos certeza, a maioria da Nação considera já paga há muito tempo. O enfrentamento decidido da dívida externa deve ser feito de imediato e é um desafio que a delegação da CONCLAT levanta para o Governo da Nova República. Se houver alguma dúvida sobre a justeza desta medida ou da sua pertinência, que se faça uma ausculta nacional para saber o que a população brasileira acha a respeito do não enfrentamento, de uma forma contundente, da questão da dívida externa.

Temos a certeza de que, se decidida esta ausculta, a CONCLAT, que logo se transformará na Central Geral dos Trabalhadores, a CGT, estará junto com as demais forças populares e democráticas para levar avante este projeto emancipador da nação brasileira.

Que haja medidas dirigidas aos juros do capital financeiro, à estrutura agrária, à implementação rápida e imediata do Plano Nacional de Reforma Agrária; um controle rigoroso das empresas que atuam no setor saúde, que agiram ao longo da história assistencial do País, como controladoras e discriminadoras no atendimento da população brasileira, em especial dos trabalhadores. Que empresas desta natureza, mercantilistas, não participem do sistema único de saúde.

Esta restrição que a delegação da CONCLAT coloca e traz como proposta, ontem já foi muito bem aceita, na discussão dos grupos: a não inclusão no sistema único de saúde dos setores privados de assistência à saúde que praticam a discriminação e o controle da força de trabalho.

Finalmente, em nome da CONCLAT, neste momento em que ressurge no cenário nacional a CGT, de significado tão intenso para as lutas e conquistas das classes trabalhadoras e que defende a unificação do movimento sindical e popular e a participação nesse grande movimento democrático que vem transformando o País, saudamos os organizadores desta 8ª Conferência Nacional de Saúde pelo espaço democrático aberto a todo o povo brasileiro, bem como saudamos todos os participantes desta Conferência pelo elevado espírito democrático, patriota e progressista que têm demonstrado, apontando para as imediatas e profun-

das mudanças que os trabalhadores e toda a população brasileira reclamam do Governo da Nova República.

O Dr. Nelson Guimarães Proença – Inicialmente, faremos uma referência ao papel de debatedor que devo desempenhar nesta Mesa.

Pelo regulamento desta Conferência, deveríamos ter recebido com antecedência o roteiro das apresentações que aqui seriam feitas, para podermos analisar e trazer uma contribuição ao debate a partir dos dados que nos fossem apresentados, das sugestões que nos fossem feitas. Como não recebemos com antecedência e financiamento é assunto político, e técnico, neste caso muito mais técnico do que político, então, ficamos em dificuldades para cumprir o papel que nos foi destinado.

Então, pensamos que este debate deva ser continuado após a realização da Conferência, para que se possa efetivamente oferecer um programa consistente de investimentos que permita cobrir todas as tarefas que representam a promoção da saúde da população brasileira e, também, a assistência médica, hospitalar e odontológica a esta população.

A questão dos recursos necessários para sustentar a proposta de saúde em nosso País vai depender muito do plano em que a discussão for colocada. Se a colocarmos no plano mais amplo da saúde, numa visão integral do indivíduo, que envolve problemas de habitação, de salário, fornecimento de água potável, vamos, então, colocar praticamente todo um programa de governo em discussão, além do financiamento de metas.

Assim, por exemplo, se falarmos em erradicação das endemias rurais, é inegável que estaremos colocando uma questão que engloba o Ministério do Interior e o Ministério da Agricultura, já que envolve um programa de reforma agrária. Então, se colocarmos a discussão de forma muito ampla, tenho a impressão de que nós podemos perder quanto aos objetivos imediatos de uma proposta de saúde em nosso País. Se ficarmos num plano mais restrito, que é o de como pode o poder público, efetivamente, assumir seu papel de modo integrado nos três níveis, o federal, o estadual e o municipal, aí estaremos com os pés mais solidamente plantados no chão.

Vamos pegar um único exemplo, mas que vai caracterizar bem esta linha de idéias que estou desenvolvendo – montagem de uma rede básica de assistência à saúde da população brasileira que cubra todo o território nacional e que universalize as atenções à saúde da população, dando a ela um mínimo para que cada cidadão brasileiro possa realizar o potencial que traz dentro de si. Só não construiremos uma rede básica de atenções à saúde da população nos próximos três, quatro ou cinco anos se não quisermos, porque, se quisermos, ela será efetivamente construída, com alguns princípios sendo estabelecidos e respeitados. Primeiro, precisaremos fazer um levantamento efetivo da rede necessária para atingir este objetivo e um levantamento daquilo que dispusermos para vermos qual a diferença a cobrir entre o que realmente tenhamos e aquilo que precisaremos. Aí vamos ter de cobrir esta diferença com investimentos da área municipal, da área estadual e também da área federal para a construção física do necessário, do ponto de vista de prédio, do ponto de vista de equipamento, do ponto de vista do custeio de manutenção.

Teremos de ter estes investimentos distribuídos pelas três áreas e não apenas, como se pretende fazer atualmente, repassando os magros recursos existentes no INAMPS para os níveis estaduais e municipais, sem fazer crescer o conjunto dos investimentos destas áreas.

Em terceiro lugar, para implantar esta rede básica, teremos que adotar uma política correta de recursos humanos que valorize o pessoal de saúde, que valorize todos os profissionais que estão envolvidos nas necessidades do atendimento à popula-

ção brasileira, o que representará evidentemente, uma política harmônica entre o poder municipal, o estadual e o federal, com a isonomia e valorização das carreiras que compõem o conjunto dos profissionais que atendem à saúde da população.

E, em quarto lugar, precisaremos efetivamente integrar no processo de ações integradas de saúde os recursos de que dispõe a Previdência Social (seus PANS, no caso da rede-base) os recursos de que dispõem o Estado (os seus postos de saúde), de que dispõem os municípios (sua rede de postos de saúde), porque, apesar de há um ano ou há um ano e meio estarmos discutindo ações integradas de saúde em nosso País, ainda não assistimos a uma efetiva integração nas três áreas daquilo que já dispõem neste momento.

Dei como exemplo as ações integradas de saúde. Poderia ter dado o do programa da Central de Medicamentos; poderia ter dado o exemplo do Programa Materno-Infantil. No entanto, o exemplo escolhido foi para salientar que a 8ª Conferência Nacional de Saúde deve fazer uma definição ampla, genérica, sobre o que representa atender à saúde da população no que se refere não só às ações próprias da nossa área, área de saúde, como, também, à estrutura social-econômica do nosso País, que permita efetivamente oferecer ao conjunto da população brasileira condições de sobrevivência que ela hoje não possui. É claro que temos de fazê-lo, mas não podemos perder de vista que os profissionais de saúde têm uma tarefa específica e indeclinável: propor a maneira de dar a maior eficiência, o melhor aproveitamento ao sistema público já existente ou que venha a ser criado, como uma tarefa imediata para já e que depende das reformas gerais a serem feitas.

Encerro com uma frase, que é de todo dia, é até vulgar, mas que situa bem o papel que temos de desempenhar: o maior inimigo do bom é o ótimo! Não podemos perder-nos nas propostas que só levem para o futuro as soluções do problema, quando temos em nossas mãos toda uma estrutura que bem aproveitada, bem conduzida, com correta valorização dos profissionais que nela trabalham pode oferecer muito à população brasileira.

O Dr. Vítor Gomes Pinto – Não há dúvida de que o estudo e a definição das formas de financiamento do setor saúde são de importância fundamental, mas não podemos esquecer de que este é um meio, é uma atividade-meio e não um fim em si mesmo.

O essencial para o setor saúde permanece sendo o que se passa dentro de cada consultório médico ou odontológico desta nação, dentro de cada enfermaria ou quarto hospitalar, no momento preciso em que se dá o relacionamento pessoal entre o profissional de saúde e a população. Na verdade, o financiamento deveria comportar-se como os juízes de futebol que não interferem na relação entre os atores, apenas cuidando para que esta se dê corretamente.

O essencial, portanto, é a estrutura do Sistema Nacional de Saúde, é o novo sistema que aqui estamos fazendo com as nossas próprias mãos. Daqui emerge, como uma realidade, o Sistema Único de Saúde há muito sonhado para o Brasil, um sistema onde, inicialmente, se consolidem as ações federais em torno de uma só instituição, com um só comando, e que logo evoluirá, também, para uma só instituição em cada estado e em cada município.

Contudo, a experiência nos mostra que a unificação não é apenas uma questão política e administrativa. É, também, uma nova forma de fazer saúde, uma nova linha de custeio e adoção de modalidades de remuneração justa dos diversos prestadores de serviços.

Devemos tomar todos os cuidados prévios possíveis no sentido de evitar que ocorra modificação pró-forma, ou seja, que a transferência do INAMPS e dos hospitais universitários e de ensino para o Ministério da Saúde se dê apenas na teoria, no papel,

e que na prática esses organismos se mantenham rigorosamente autônomos, como ocorre em outros países, como na Espanha, na Argentina e aqui mesmo, atualmente, como é o caso da CEME. Para que isto não aconteça, para que haja uma integração efetiva, é essencial que custeio e remuneração, os dois pólos que constituem o financiamento, sejam aqui definidos com a maior precisão.

O custeio do setor, a curto prazo, continuará dependente, em sua maior fatia, dos descontos sobre as folhas de salários e, secundariamente, do orçamento público, que, por sua vez, se baseia no recolhimento de impostos e taxas. A médio prazo, a participação dos tributos como fonte de custeio deve crescer no bojo de uma reforma tributária que permita o recolhimento e a aplicação dos recursos na própria região em que são captados e que contenha mecanismo compensatório, para evitar o favorecimento das regiões mais ricas em detrimento das regiões mais pobres, ou seja, tributos aplicados segundo o contingente populacional de cada localidade.

Os impostos progressivos que penalizam os que ganham mais e os impostos indiretos que não incidem sobre o ganho dos trabalhadores devem constituir, cada vez mais, a base sobre a qual se assenta o financiamento do setor.

Três medidas poderão, então, ser implementadas: em primeiro lugar, a substituição dos descontos salariais por impostos gerais e indiretos, como comentaram muito bem os Drs. André Luiz Médici e Pedro Luís; em segundo lugar, deflagração de medidas que coíbam o repasse criminoso dos tributos pagos pelos patrões para o preço dos produtos e, assim, para o povo; em terceiro lugar, enquanto isto não ocorre, a separação da alíquota previdenciária fazendo com que as ações de saúde sejam custeadas apenas pela contribuição salarial, sem repasse para os preços.

A contribuição do trabalhador seria destinada ao custeio das prestações estritamente securitárias, como aposentadorias, pensões, seguro-desemprego, etc.

Quanto às modalidades de remuneração dos prestadores de serviço, gostaria de chamar a atenção para quatro pontos básicos: em primeiro lugar, a remuneração via salários, com serviços prestados em unidades públicas ou pertencentes a entidades classistas, como sindicatos e associações, é a maneira mais adequada de levar serviços à população. Neste sentido, cada vez mais terá que haver uma profissionalização do setor público, fazendo com que haja profissionais do setor público e profissionais do setor privado, ao invés do que ocorre atualmente, onde a dupla militância mina o sistema. Em segundo lugar, a modalidade de pagamento por unidade de serviço e o credenciamento de médicos e odontólogos e seus consultórios deve ser substituída o mais rapidamente possível, pois essa é a forma mais daninha que se conhece de atendimento à população. Em terceiro lugar, os hospitais devem ser remunerados segundo a população coberta, segundo o número de pessoas que dependem dos seus serviços e não por procedimento ou unidades de serviço. Há que se proceder a maior descrição de clientela, tanto para os hospitais quanto para a atenção ambulatorial médica e odontológica, de forma a simplificar drasticamente os controles, pois, uma vez estabelecido o orçamento de cada hospital deve ser decidido quanto deste orçamento será pago pelo governo; o controle passa a ser qualitativo, ao invés de apenas financeiro, como ocorre atualmente.

Quero, também, destacar a necessidade do entendimento honesto entre o setor público e privado, no qual se pague o valor justo da produção médica, se exijam serviços adequados. Este fator está na base de todo o sistema atual, quando se paga pouco e se permitem fraudes, como mecanismo espúrio de compensação.

Enfim, um sistema único com financiamento consolidado e aberto a todos, fazendo da transparência e da participação popular seu principal motor.

TRABALHOS APRESENTADOS COMO CONTRIBUIÇÃO À 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Doutora CRISTINA DE ALBUQUERQUE POSSAS
Professora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz

Doutor ELEUTÉRIO RODRIGUEZ NETO
Professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Doutor EUGÊNIO VILAÇA MENDES
Consultor Nacional da Organização Pan-Americana da Saúde

Doutor FRANCISCO ASSIS MACHADO
Médico Sanitarista

Doutor LUIZ CORDONI JÚNIOR
Secretário de Estado de Saúde e do Bem-Estar Social do Paraná

Doutor NELSON RODRIGUES DOS SANTOS
Secretário Municipal de Saúde de Campinas

Doutor VÍTOR GOMES PINTO
Técnico de Planejamento do Instituto de Planejamento Econômico e Social

DESCENTRALIZAÇÃO E DEMOCRATIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

CRISTINA DE ALBUQUERQUE POSSAS
Professora de Escola Nacional de Saúde
Pública da Fundação Oswaldo Cruz

1 – INTRODUÇÃO

Como é amplamente conhecido, a saúde está diretamente relacionada com as condições de vida e trabalho de uma população, mais do que com os serviços médicos. Como já demonstrou exaustivamente a literatura especializada, as políticas médico-sanitárias têm uma influência mínima sobre os indicadores de morbidade e mortalidade, na medida em que não podem atuar sobre a verdadeira causa do problema – ou seja, no caso brasileiro, as precárias condições de vida e trabalho da maior parte da população.

Esta distinção já habitual entre **saúde** e **medicina** permite explicitar a dimensão política da questão sanitária, situando-a como conquista e resultado da organização dos diferentes grupos sociais, em particular da classe trabalhadora.

Chamar a atenção para os reais determinantes da saúde não significa, contudo, minimizar a importância da atividade de assistência médica como área prioritária da ação governamental. Ao contrário, como decorrência das precárias condições de vida e trabalho a que tem estado exposta, a população brasileira é marcada pela doença, o que acaba transformando a assistência médica de atividade complementar à política de saúde em necessidade premente, gerando com isto uma demanda crescente para os serviços de saúde.

Por esta razão, a análise das possibilidades de reorganização do sistema de saúde no País aponta para a necessidade de reversão desta tendência à medicalização e para a importância da politização do conceito de prevenção, na medida em que se constitui como conceito estratégico e mesmo revolucionário para a transformação do quadro dramático de saúde da população brasileira.

Este trabalho aponta, nesse sentido, para os limites das alternativas, restritas ao âmbito da assistência médica previdenciária, que hoje vem se colocando para a política de saúde no País: de um lado, o projeto privatista, sustentado por entidades com racionalidades distintas, como a FBH e a ABRAMGE e, de outro, as propostas racionalizadoras defendidas pela burocracia estatal diante da crise financeira do sistema previdenciário, expressas no plano do CONASP e na estratégia das Ações Integradas de Saúde.

Procuramos com isto mostrar que diante da situação atual de impasse e indefinição quanto aos rumos do sistema de saúde no País, as propostas recentes de fusão e integração de instituições com lógicas distintas em sua relação com o processo sócio-econômico no País, estão fadadas ao fracasso. Isto porque, ao assumirem uma

pretensa racionalidade de planejamento, acabam ignorando o conjunto das forças sociais presentes no cenário.

Por esta razão, propostas como a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, bem como a passagem das ações de proteção do meio ambiente, saneamento e higiene e segurança do trabalho para aquele Ministério, acabam reduzindo o debate da política de saúde à mera justaposição de funções através da reorganização institucional.

Tentamos mostrar que, ao contrário, a formulação de uma política efetiva de saúde que atenda aos verdadeiros interesses do conjunto da população vai muito além desta unificação e justaposição de ações. Ela passa necessariamente pela descentralização e democratização do sistema de saúde, com o fortalecimento, a partir da Constituinte e da legislação ordinária subseqüente, das estruturas regionais e locais, através de ampla Reforma Sanitária baseada na constituição de um Sistema Único de Saúde, cujas principais características discutiremos a seguir.

Na primeira seção realizamos breve análise do processo de privatização e centralização estatal por que passou nas últimas décadas a política pública no País, mostrando os limites estruturais da subordinação da política de saúde a uma política previdenciária construída a partir da contribuição sobre a folha de salários.

Na segunda seção analisamos as transformações nos padrões epidemiológicos da população brasileira e seu impacto sobre um sistema de saúde marcado pela centralização, pela crise financeira e pela dicotomia entre as ações de saúde pública e de assistência médica.

Na terceira seção questionamos o projeto que propõe uma transição gradual das Ações Integradas de Saúde para o Sistema Unificado de Saúde, a partir da fusão de instituições, apontando para os limites desta proposta.

Finalmente, na quarta seção procuramos demonstrar que esta transição somente se viabilizará a partir de uma reforma sanitária que contemple, nos planos institucional e jurídico, a ampla gama de questões relacionadas com as condições de vida, de trabalho e do meio ambiente, que determinam as condições de saúde da população brasileira.

As principais questões aqui apresentadas constituem, mais do que o resultado de uma reflexão individual, a síntese de trabalho coletivo de investigação e debate iniciado na Fundação Oswaldo Cruz, no Programa Global de Prevenção de Acidentes da Escola Nacional de Saúde Pública, em convênio com a Organização Mundial de Saúde e posteriormente aprofundado na atual administração Sérgio Arouca, na Superintendência de Planejamento daquela Fundação, em ambos os momentos sob a direção de Marília Bernardes Marques, a quem devo, além de uma grande amizade, o estímulo e sugestões valiosas para a discussão das perspectivas de uma reforma sanitária brasileira.

Para este processo foi ainda decisiva a oportunidade de estudar in loco, por sugestão de Giovanni Berlinguer, as importantes conquistas e dificuldades atuais da experiência italiana de reforma sanitária, propiciada por estágio de especialização na Clínica del Lavoro Luigi Devoto, de Milão, ponto de referência para o debate da reforma sanitária no Norte da Itália, com bolsa de estudo no governo italiano.

2. PRIVATIZAÇÃO DO ESTADO: TENDÊNCIAS E LIMITES

A análise da configuração atual e das possibilidades de reorganização e descentralização do sistema de saúde no Brasil requer, antes de tudo, considerações preliminares quanto à especificidade das políticas sociais nas sociedades capitalistas periféricas e, em particular, no Estado brasileiro contemporâneo.

No caso brasileiro, as políticas sociais e, particularmente, a de saúde, têm se orientado, nos últimos vinte anos, por duas características básicas: de um lado, pela natureza essencialmente privada na destinação dos recursos públicos – o que Luciano Martins denominou apropriadamente de "privatização do Estado" (1); e, de outro, pelo caráter notoriamente regressivo de seu financiamento, incidindo de forma injusta e perversa sobre a folha de salários, penalizando duplamente as classes trabalhadoras pelo repasse deste ônus pelas empresas ao preço final das mercadorias. Com isto, acaba tributando com maior rigor as empresas intensivas em trabalho, que em geral são aquelas que apresentam menor produtividade e lucratividade.

A política pública no Brasil caracterizou-se pela privatização. Construída à imagem do autoritarismo e do instinto predatório – ou "selvagem", como querem alguns – que marcou nas últimas décadas o processo de acumulação em nosso País, rompeu de forma decisiva com a noção de direito do cidadão que permeia, nos países capitalistas mais desenvolvidos, as políticas públicas originárias da concepção de bem-estar social.

É bem verdade que o aprofundamento da crise econômica internacional acabou levando vários daqueles países, a partir de uma visão monetarista da política econômica, a reverem seus programas sociais e realizarem cortes consideráveis em seus investimentos públicos, como a Inglaterra e os Estados Unidos, entre outros.

A diferença está em que os cortes naqueles países se deram sobre programas sociais sólidos, construídos sobre uma massa predominantemente assalariada e razoavelmente consciente de seus direitos, organizada em partidos fortes. No caso brasileiro, a política monetarista vinha exercendo seus cortes à revelia dos direitos mais elementares da maioria da população, da qual parcela considerável é constituída por analfabetos e semi-analfabetos, à margem ou em relação intermitente com o mercado de trabalho, afetados pela miséria, pela doença e pela desnutrição. Sua organização sindical se manteve nas últimas décadas atrelada ao Estado, por força de uma legislação de inspiração fascista, e sua vida partidária é marcada pela inexistência de partidos orgânicos articulados com a vida cotidiana e os interesses concretos dos diferentes setores da população, constituindo-se, ao contrário, basicamente como frentes de maior ou menor amplitude. Além disso, o corte dos investimentos públicos na área social vinha se dando, ao contrário do que ocorreu naqueles países, sobre uma participação até então irrisória do Estado – tanto da União, dos estados como dos municípios – nos programas existentes. A política de saúde, a política previdenciária e a política habitacional são exemplos ilustrativos.

No caso da política de saúde, teoricamente levada a cabo por um Ministério da Saúde esvaziado de recursos, teve seu orçamento reduzido, na última década, a menos de 1% do orçamento da União. Quanto à política previdenciária, a participação estatal se restringiu a cerca de 3% da receita do sistema, quando em outros países ela chega a 80% da receita. Acrescenta-se a isto o fato de que a dívida acumulada durante décadas do governo federal para com a Previdência foi, juntamente com a dívida de milhares de empresas para com o sistema, um importante determinante do déficit até bem pouco tempo existente, como se verá mais adiante. Da mesma forma que a política previdenciária, a política habitacional brasileira se apoiou essencialmente sobre desconto compulsório sobre o salário – o FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço), que se constituiu no principal sustentáculo do Sistema Financeiro de Habitação.

---

(1) MARTINS, L. " 'Estatização' da Economia ou 'Privatização do Estado?' ", **in Ensaios de Opinião**, vol. 9, Rio de Janeiro, 1978.

Tal forma de financiamento reflete uma concepção privada da política pública, construída sobre a noção de direito adquirido por contribuição sobre a renda – no caso o salário – e não sobre o conceito de bem-estar social, ou de direito inerente à condição de cidadão. Ao condicionar o acesso aos benefícios do sistema à contribuição sobre o salário, a Previdência Social brasileira excluiu de sua cobertura parcela considerável da população brasileira, incapaz de contribuir. Mesmo as tentativas recentes de universalização e humanização do atendimento esbarram na total incapacidade do sistema de responder minimamente à enorme demanda reprimida existente.

No período de euforia do "milagre", no inicio dos anos 70, esta orientação excludente e privatista dada à política pública permitiu conciliar interesses os mais diversos: responder minimamente às demandas e pressões sociais nas áreas urbanas mais industrializadas e, ao mesmo tempo, utilizar os recursos gerados na contribuição compulsória sobre o salário como importantes instrumentos de sustentação da atividade do setor privado: no caso do INPS (hoje INAMPS), através de repasse – em muitos casos com critério duvidoso – da maior parte de seus recursos às empresas médicas e hospitalares, favorecendo as distorções e fraudes amplamente noticiadas; e, no caso do BNH, às empresas do setor imobiliário e de construção civil, estimulando construções destinadas às faixas de maior poder aquisitivo.

A conciliação destes interesses na privatização dos programas ditos sociais chegou com a crise recente a um impasse, colocando em xeque a própria base de sustentação da política pública no Brasil. Este impasse evidenciou o fracasso da política monetarista que vinha sendo implementada, cujas tentativas frustradas e tardias de resolução da crise econômica esboçada há pelo menos uma década acabaram gerando uma recessão sem precedentes na história do País.

As conseqüências desta política econômica recessionista sobre os assalariados, com diminuição progressiva do poder de compra dos salários, aumento de taxação dos contribuintes e aumento considerável do desemprego, aparece claramente nos dados da PNAD/82. Estes dados, divulgados pelo então Presidente da FIBGE, evidenciam os limites, em nosso País, de qualquer política social que se pretenda construir sobre salários, o que se explicita nos momentos de crise. Eles revelam que em apenas um ano, de 1981 a 1982, a recessão e a política de achatamento salarial fizeram aumentar de 28,6 para 37,1 milhões de pessoas o contingente que vive com até um salário mínimo, que – incluindo aposentados e pensionistas da Previdência – passou a representar 40% dos brasileiros acima de 10 anos. Desta forma, em apenas 1 ano, o desemprego e a rotatividade de mão-de-obra fizeram com que um contingente de 8,5 milhões de pessoas, equivalente à população de vários países, fosse conduzido à faixa de menor poder aquisitivo da sociedade.

Este rápido empobrecimento, observado também nas faixas salariais de maior poder aquisitivo, teve evidente impacto sobre o Sistema Previdenciário e o Sistema Financeiro de Habitação, levando-os a atravessar sucessivas crises, amplamente divulgadas pela imprensa nos últimos anos. Tais crises acabaram levando ao impasse, suscitando, em vários setores da sociedade, indagações quanto à viabilidade de prosseguir a política pública brasileira nas bases em que vinha se mantendo.

A recente recuperação da economia brasileira especialmente observada em 1985, levou neste ano a um aumento real do salário médio no País da ordem de 12% e a um incremento de cerca de 6% no nível de emprego, proporcionando um aumento decisivo no volume de contribuições previdenciárias, o que elevou de forma significativa a receita do sistema. Este incre-

mento na receita, propiciado pela recuperação econômica e, de forma complementar, pelas medidas adotadas de apuração das irregularidades na relação com o sistema bancário e com as empresas e no combate às fraudes permitiu a Previdência passar de um déficit orçamentário inicialmente previsto de Cr$ 7,8 trilhões para um superavit de Cr$ 4,1 trilhões no final de 1985. Esta recuperação trouxe novamente à baila a já desgastada polêmica quanto ao caráter estrutural ou conjuntural da crise previdenciária. Na verdade, ela é estrutural no que diz respeito aos já referidos limites em um país como o Brasil, de elevada concentração de renda – de uma política pública assentada sobre salários e construída como instrumento de repasse, sem critério, a interesses privados, e é também conjuntural na medida em que a receita do sistema se torna, pela mesma razão, extremamente vulnerável às oscilações nos níveis salariais e de emprego, o que nos momentos de recessão acaba retirando do sistema seu principal pilar de sustentação.

Ao mesmo tempo, a situação superavitária recente vem colocando, mais do que nunca, a política governamental brasileira frente às exigências e pressões do conjunto da sociedade no sentido de corrigir as inúmeras restrições e sacrifícios impostos aos contribuintes nos últimos vinte anos: elevação das alíquotas de contribuição, restrição no reajuste de aposentadorias e pensões, excluindo-as das antecipações trimestrais; criação absurda de novas contribuições para aposentados e pensionistas, conduzindo a uma expressiva perda do seu poder aquisitivo; contenção dos gastos com assistência médica, com evidente reflexo sobre a política de saúde, pela crescente e distorcida subordinação desta à política previdenciária.

A Previdência Social brasileira encontra-se, pois, devido tanto à situação superavitária atual como à proximidade de perspectiva de sua revisão pela Constituinte e pela legislação ordinária subseqüente, em uma conjuntura política favorável, e mesmo crucial, à definição de sua estrutura institucional, de sua gestão financeira, de suas instâncias de participação da sociedade – enfim, de sua concepção, o que certamente determinará seus novos rumos.

Diante deste quadro, somente a expressão política da vontade da população brasileira, através de suas diferentes formas de organização, poderá evitar que a recente retomada do crescimento da receita previdenciária venha permitir uma paralisação das conquistas até aqui alcançadas, tornando possível que se abram novos espaços para a subordinação ainda maior deste poderoso instrumento da política pública brasileira aos interesses privados que tanto o comprometeram.

Mais do que uma discriminação arbitrária da atividade empresarial privada de assistência médica ou concessão de benefícios no âmbito da Previdência Social brasileira, a advertência aqui colocada aponta para a necessidade de definição de novos padrões de relacionamento entre o setor público e o setor privado no interior do sistema, estabelecendo-se relações marcadas pela transparência, pela probidade e pela defesa do interesse público, garantindo-se o acesso pela população às informações referentes às suas condições de vida, trabalho e saúde.

Para tanto é essencial a criação de instâncias efetivas de participação dos trabalhadores na gestão de seu patrimônio. Nos anos 70, na fase do superávit do sistema, foi a exclusão dos trabalhadores desta possibilidade de administração dos recursos previdenciários (2) que permitiu, pelas restrições à participação política naquele período, sua transferência ao setor privado,

---

(2) Em 1964, todos os Institutos de Aposentadoria e Pensões que constituíam o então sistema previdenciário brasileiro foram submetidos à intervenção, durante a qual os Conselhos Administrativos dos Institutos e os Conselhos Fiscais foram substituídos por Juntas Interventoras, nomeadas pelo governo revolucionário, instalando-se em cada um dos Institutos uma comissão de investigação sumária.

propiciando a utilização do que deveria se constituir na reserva técnica da Previdência – necessária à cobertura dos riscos em qualquer sistema securitário – em empreendimentos duvidosos e obras faraônicas.

No entanto, a retomada desta participação exigirá que a atuação dos sindicatos, dos partidos políticos e dos movimentos populares em geral seja marcada por uma nova postura que estimule a politização da política pública, libertando-a das amarras do assistencialismo, do clientelismo e do mero atendimento a reivindicações pontuais.

3. OS NOVOS PADRÕES EPIDEMIOLÓGICOS E O IMPASSE NO SISTEMA DE SAÚDE.

O debate sobre as possibilidades de descentralização e municipalização do sistema de saúde ressurge em um momento decisivo de vida política brasileira. Após um longo período de autoritarismo e marcada centralização dos poderes na esfera federal, favorecendo a privatização das políticas públicas nas diferentes áreas sociais, a sociedade brasileira vem buscando através das variadas instâncias formais e informais de participação, reverter este processo.

O esvaziamento econômico e político do poder local foi a tônica das duas últimas décadas. Esta situação levou à total incapacidade da maioria dos municípios e estados para enfrentar os problemas básicos de saúde da população.

A drástica redução no período do total do gasto público em saúde de 13% em termos reais entre 1978 e 1984 foi acompanhada por notável concentração na participação do governo federal (62%), ficando os governos estaduais e municipais com respectivamente 27% e 11% em 1984. Para isto contribuíram sobretudo os recursos previdenciários (60%), distribuindo-se o restante em 20% originários de impostos indiretos e 20% de outros tributos(3).

Em flagrante contraste com este enfraquecimento político-institucional das Secretarias Estaduais e Municipais, as profundas transformações na economia e na sociedade brasileira aumentaram consideravelmente as pressões da população sobre os serviços locais de saúde, exigindo respostas concretas a curto prazo. Tais transformações, associadas ao processo de industrialização, urbanização e penetração capitalista no campo, tiveram conseqüências importantes sobre os padrões de morbidade e mortalidade da população brasileira. De um lado, desencadearam uma impressionante aceleração das migrações internas nas últimas décadas, liberando milhões de pequenos agricultores e trabalhadores rurais que, expulsos de suas terras, saíram em busca de melhores condições de vida nos grandes centros urbanos. Esta mobilidade populacional foi o elemento que desencadeou a propagação de várias doenças transmissíveis por todo o País. Antes tendentes a se concentrar em determinadas áreas circunscritas, disseminaram-se doenças como a esquistossomose, que se estendeu rapidamente da região Nordeste para as regiões Leste e Sul, e a doença de Chagas, que está se deslocando para a Região Norte. Esta propagação encontrou terreno fértil na promiscuidade das condições de sub-habitação, na precariedade do saneamento básico e na maior vulnerabilidade propiciada pela desnutrição.

Por outro lado, uma parcela significativa desta população liberada do campo passa a ser, ainda que muitas vezes de forma temporária e intermitente, absorvida como força de trabalho, seja no setor produtivo urbano, seja em grandes empreendi-

---

(3) CORDEIRO, H. – "Financiamento do Setor Saúde: Proposta para a Transição Democrática", documento apresentado ao V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, Câmara dos Deputados, 28-29 de novembro de 1984.

mentos agropecuários. Submetem-se assim a uma nova forma de iatrogênese: o desgaste no processo de trabalho capitalista, que irá gerar e sobrepor novos padrões de morbidade e mortalidade aos já existentes, a saber, o aumento do peso das doenças degenerativas, cardiovasculares e mentais, acidentes e doenças do trabalho, no conjunto do perfil epidemiológico da população. E mais; passam a submeter-se ainda ás rápidas transformações no processo de trabalho que vêm ocorrendo sobretudo nos setores de ponta da economia, através da incorporação de novas tecnologias em campos como a Microeletrônica, a Biotecnologia, a Química Fina, entre outras, cujo impacto sobre a saúde do trabalhador – muitas vezes desconhecido – vem sendo objeto de estudo em vários países. No caso brasileiro, este impacto acaba ganhando dimensão ainda maior, pela maior intensidade na exposição dos trabalhadores aos novos agentes de risco, em decorrência de um número maior de horas trabalhadas, pela institucionalização da prática do hora extra e pelas limitações já apontadas na atuação do movimento sindical e dos partidos políticos. Um bom exemplo são as patologias associadas á crescente utilização de vídeo-terminais, pela rápida informatização da sociedade brasileira, em particular no setor de serviços, como as doenças mentais, os problemas oftalmológicos e a tenossinovite.

Diferentemente dos países centrais, onde os padrões de morbidade e mortalidade se deslocaram ao longo do tempo, desde as doenças infecciosas e parasitárias para as doenças crônico-degenerativas, o Brasil vive hoje uma situação peculiar no que diz respeito ás condições de saúde de sua população, que não se resumem á mera transição de padrões característicos do subdesenvolvimento ao desenvolvimento.

Em contraste, configura-se no País situação de grande complexidade para o sistema de saúde, marcada pela sobreposição de padrões de morbidade e mortalidade distintos, fazendo com que muitas vezes um mesmo indivíduo apresente patologias variadas características do desenvolvimento e do subdesenvolvimento, o que passa cada vez mais a exigir dos precários serviços locais de saúde uma maior diversificação e complexidade do atendimento oferecido, além do aumento de seu volume.

Contraditoriamente com esta exigência de serviços cada vez mais complexos e diversificados pelo lado da demanda, resultante da configuração do perfil epidemiológico que se estabeleceu, a oferta de serviços públicos de saúde tem sido marcada sobretudo pela progressiva simplificação dos procedimentos, estimulada pela tendência á racionalização e redução dos custos, como resultado da crise do sistema previdenciário.

Além das distorções propiciadas por esta simplificação, justificada pela busca de uma "tecnologia apropriada", supostamente adequada á "pobreza", contribui também para esta inadequação dos sistemas de saúde á realidade epidemiológica da população o verdadeiro fosso que se estabeleceu, nas duas últimas décadas, entre as ações de assistência médica, subordinadas em sua maior parte á Previdência Social e ás ações ditas de Saúde Pública.

Esta dicotomia manteve a maior parte dos recursos públicos em saúde concentrados sobre a assistência médica previdenciária, marcada por seu caráter individual , curativo e essencialmente privado, voltado aos assalariados urbanos. Os demais recursos, irrisórios e vinculados ao Ministério da Saúde, estados e municípios, destinavam-se ao restante da população – marginal ou sem relação estável com o mercado de trabalho – atendida nos precários postos de saúde estaduais e municipais, aos quais supostamente incumbia a chamada Saúde Pública. Sua atuação restringiu-se, em boa parte dos casos, a programas limitados de suplementação alimentar, intensificados nos períodos eleitorais com a distribuição irregular de leite e proteína em pó, além da realização de campanhas de imunização

para controle e contenção de epidemias, devidas á precariedade da imunização de rotina. Neste quadro, a população ressente-se ainda hoje do caráter excludente desses programas, marcados pelo assistencialismo e pela ausência de condições mínimas para o atendimento e para o encaminhamento a níveis mais complexos de atenção médica.

Esta diversidade na oferta de serviços – aos assalariados urbanos e ao restante da população – aponta para o fato de que a atual organização dos serviços de saúde no País foi se constituindo em função da importância relativa de setores distintos da população para o sistema econômico. Com efeito, isto se evidencia particularmente no tratamento diferencial que os diversos segmentos da classe trabalhadora recebem no interior do complexo médico-previdenciário e mesmo fora dele, em função de sua qualificação, de sua disponibilidade no mercado de trabalho e, como corolário, de seu poder de pressão e capacidade de organização política.

Além da diferenciação qualitativa no atendimento aos assalariados urbanos nos serviços previdenciários próprios e contratados, que absorvem setores distintos da demanda, esta heterogeneidade é percebida quando se estuda a organização interna das empresas médicas prestadoras de serviços ás industrias por intermédio da Previdência Social, que submetem a clientela a tratamento diferenciado ao classificar aos trabalhadores segundo critérios de hierarquia funcional.

A dicotimia e a diferenciação até aqui referidas mantiveram as Secretarias Municipais e Estaduais totalmente á margem dos graves problemas de saúde que afetam a população trabalhadora em todo o País, como se a saúde do trabalhador se limitasse á medicina do trabalho e escapasse á esfera da Saúde Pública. Esta situação restringiu a responsabilidade de proteção da saúde do trabalhador á precária fiscalização das Delegacias Regionais do Trabalho, o que limitou – pelo notório sub-registro dos acidentes do trabalho e das doenças profissionais que ainda hoje se verifica – a possibilidade de efetivo controle epidemiológico do problema, com graves conseqüências, cuja real dimensão ainda está por ser corretamente avaliada.

Esta ausência de permeabilidade entre a atenção á saúde do trabalhador e a chamada Saúde Pública foi agravada pelo condicionamento ao pagamento de contas hospitalares dos registros diagnósticos efetuados pela assistência médica previdenciária. Tal restrição acabou inviabilizando a participação da Previdência Social na avaliação das condições de morbidade e mortalidade da população.

Este viés em privilegiar os procedimentos sintomáticos e curativos pela Previdência, como setor dinâmico da política de saúde brasileira, foi favorecido por sua política de compras aos setores públicos e privado, baseada no pagamento por produtividade. Tal política vem impedindo ainda hoje que o sistema previdenciário, como maior prestador de serviços, se constitua em efetivo fornecedor de informações epidemiológicas confiáveis sobre as reais condições de saúde da população.

Para este sub-registro das informações sobre a morbidade e a mortalidade da população em geral e, sobretudo, da população trabalhadora, exposta a agentes tóxicos diversos (estimados em mais de três mil na indústria moderna) e á falta de proteção das máquinas e equipamentos no ambiente de trabalho (privilegiando-se de forma distorcida os equipamentos de proteção individual – EPIs – e relegando a um plano secundário as medidas de proteção coletiva, de maior custo para as empresas), contribui sobretudo a postura curativista e sintomática dos profissionais de saúde e, especialmente, dos profissionais médicos. Por deficiência de sua formação e pelas precárias condições de trabalho a que estão submetidos, estes tendem a ignorar a importância da questão epidemiológica e de uma política de prevenção em saúde, deixando

de notificar até mesmo aquelas doenças definidas por lei como de notificação compulsória. A deficiência de sua formação graduada, manifesta-se, por exemplo, em relegar a um plano secundário as questões relacionadas á saúde ocupacional, identificando-as com a medicina do trabalho e com a medicina legal, levando-os a tratar as patologias de origem ocupacional como doenças comuns, sem qualquer relação com o trabalho, omitindo-as por isso das estatísticas oficiais.

Esta dissociação entre a prestação de serviços e a geração e difusão de informações resulta, além da insuficiência dos dados epidemiológicos necessários, na ausência de sistemas de avaliação e acompanhamento dos procedimentos públicos e privados em saúde, constituindo-se em obstáculo real á atividade de planejamento e á formulação de políticas.

Para esta subordinação da política de saúde a concepção assistencialista que domina a medicina previdenciária, contribuiu ainda á inexistência de uma política cientifica e tecnológica explicita para o setor, abrangendo as políticas de imunobiológicos, medicamento e equipamentos, bem como as questões vinculadas á organização do processo de trabalho e ás relações com o meio ambiente. Esta desvinculação entre a política cientifica e tecnológica e a política de saúde tem freqüentemente afastado certas questões estratégicas para a soberania nacional, como a produção e difusão de inovações, a propriedade industrial na compra e venda de tecnologias no âmbito nacional e internacional e o impacto social das novas tecnologias, do debate sobre os rumos da política de saúde no País[4].

Tais distorções resultaram sobretudo da inexistência de canais efetivos de participação da sociedade na formulação de alternativas que propiciassem a democratização da saúde, o que favoreceu sua subordinação á lógica da acumulação.

Segundo esta última, o capitalismo brasileiro tem buscado, ao longo das última década, conciliar duas tendências em seu processo de expansão: de um lado, assegurar as condições que facilitam a continuidade do processo produtivo, devolvendo rapidamente o trabalhador á produção e reduzindo com isto o absenteísmo; e, de outro, favorecendo a transformação da atividade médica em mais um setor capitalista, submetendo a produção de serviços médicos á finalidade primordial de apropriação privada de lucros.

Contudo, por sua especificidade, o desenvolvimento capitalista brasileiro passa estabelecer claros limites á expansão do modelo privatizante em saúde, ao fazê-lo esbarrar em dois obstáculos fundamentais: a elevada concentração da renda, que restringe entre 2% a 5% do total da população brasileira a faixa de mercado que teria condições de comprar diretamente serviços médicos independentemente do repasse previdenciário, constituindo-se como mercado potencial para as empresas de seguro-saúde; e, como resultado desta concentração, o parasitismo e a fragilidade de boa parte das empresas médicas, cuja dependência com relação á Previdência Social as impede de sobreviver de forma autônoma no mercado.

Esta situação revela a inviabilidade das propostas que pretendem constituir, na atual configuração sócio-econômica do País, um modelo predominantemente privado em saúde, na medida em que sua expansão esbarraria fatalmente nos referidos limites – mais estreitos nos períodos de recessão e mais amplos nas fases de auge – do poder de compra de serviços médicos pelo sistema previdenciário.

Desde 1977, com a aprofundamento da crise do sistema, observa-se clara tendência á restrição da participação dos setores empresariais médicos no conjunto do

(4) A Fundação Oswaldo Cruz na administração Sérgio Arouca, e especialmente sua Superintendência de Planejamento, tem sido um espaço privilegiado para o debate destas questões estratégicas para a formulação de alternativas em políticas de saúde no País.

sistemas de prestação de serviços. Com efeito, dados do próprio Ministério da Previdência e Assistência Social mostram que, em termos relativos, observou-se expressiva queda na participação da rede privada no orçamento do INAMPS, de 68% em 1981 para 49% em 1985.

Na medida em que a despesa com benefícios (aposentadorias, pensões, auxílios-doenças, acidentes e doenças do trabalho) que responde efetivamente pela maior parte dos gastos da Previdência (cerca de 70%), se constitui como categoria compulsória de despesa, estabelecida pela lei que rege o sistema de seguros, as despesas com assistência médica passaram a se revelar por esta razão mais permeáveis a medidas administrativas de contenção de gastos, para a superação da crise.

Por esta razão, as restrições financeiras da Previdência passaram a tornar inviável – apesar das pressões políticas das entidades médicas privadas e dos interesses a elas vinculados na cúpula previdenciária e favorecidos pela "dupla militância" – a manutenção do ritmo de transferência dos recursos previdenciários ás empresas privadas médicas, tal como se vinha dando no período de crescimento econômico do inicio dos anos 70. Tais restrições, ao evidenciarem a já referida existência de limites estruturais á expansão da privatização, colocam cada vez mais em xeque a própria base sobre a qual vinha se constituindo o sistema de saúde no País.

Esta situação de impasse ainda permanece, em que pese o recente "superávit" da Previdência Social. A enorme demanda reprimida por benefícios , cujo poder de pressão sobre o sistema tende a aumentar com a maior possibilidade de participação dos assalariados na vida sindical e partidária, faz com que as restrições para o aumento de despesas com assistência médica tendem a se manter.

4. AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE: ESTRATÉGIA DE TRANSIÇÃO?

Diante deste quadro de impasse, muito tem sido dito sobre as Ações Integradas de Saúde – AIS – como estratégia para a constituição progressiva, de "baixo para cima", através do fortalecimento das estruturas municipais e estaduais, do que se pretende como Sistema Unificado de Saúde no País.

Os limites desta proposta sob a hegemonia da Previdência Social se evidenciam quando se analisam os projetos alternativos, de extensão de cobertura, surgidos nos diferentes níveis institucionais de prestação de serviços públicos em saúde.

Tais projetos passaram a ganhar expressão política em âmbito nacional com o aprofundamento da crise de assistência médica previdenciária.

Na segunda metade da década de 70, com os primeiros sinais da crise, desenvolveram-se inúmeras experiências em todo o País (Londrina, Campinas (5), Montes Claros, Lages, Niterói e várias outras), cujos programas se propunham a busca de alternativas viáveis – ainda que localizadas – para a crise que então se esboçava.

Esta busca foi estimulada, de um lado, pelos novos espaços abertos nas administrações municipais pelo então MDB nas eleições de 1976; e, de outro, pela emergência, em determinadas áreas, de movimentos sociais urbanos cuja participação criou condições políticas favoráveis à continuidade – ainda que muitas vezes conturbada pela disputa de poder a nível local – de algumas daquelas experiências.

Tais condições permitiram às Secretarias Municipais comprometidas com as novas

(5) Para a descrição e avaliação da experiência de Campinas, ver o trabalho "Campinas – uma experiência em saúde", relatório final do Projeto de avaliação Permanente em Saúde, POSSAS, C. ª **et alii**, 1986, elaborado em convênio entre a PUC de Campinas e a FINEP, sob minha coordenação.

propostas superar, ainda que com grande esforço, os obstáculos colocados pelo esvaziamento financeiro e pela estrutura política repressiva então existente.

Naquele momento, ainda em 1976, foi criado o PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, abrangendo a área da SUDENE, que se constitui na primeira experiência no País de extensão de cobertura a baixo custo, antecipando com isto a tendência á racionalização do sistema de saúde que se acentuaria desde então.

Esta busca de alternativas culminou em 1980 com o Projeto PREV-SAÚDE, que incorporou as idéias básicas do PIASS para o atendimento à população rural, definindo uma nova política de financiamento para o setor (6) o PREV-SAÚDE, que Gentile de Mello qualificou, muito apropriadamente, de "natimorto", passou por tumultuado processo de tramitação, uma vez que a proposta contida em sua versão preliminar mostrou-se inaceitável para os diferentes setores de atuação da iniciativa privada em saúde.

Estas resistências fizeram com que o projeto, que se caracterizou pela excelente qualidade de sua versão preliminar – apesar da restrita participação da sociedade em sua formulação – ficasse irreconhecível, tantos foram os remendos e alterações impostos pelos diferentes grupos de interesse da medicina privada, empenhados em limitar ao máximo a parcela destinada ao setor público no "bolo previdenciário".

Contudo, a despeito destas fortes resistências, o aprofundamento da crise acabou impondo à Previdência Social a necessidade da redefinição de sua política de compras ao setor privado, resultando no já referido Plano do CONASP. Este objetivava a descentralização do sistema de assistência médica, pela criação de uma "porta de entrada" única integrando numa rede básica de serviços públicos de saúde a capacidade instalada já existente no INANPS, nos estados e nos municípios, entrando a rede privada apenas onde não existissem unidades estatais.

Este Plano, ainda em vigor, propõe como objetivo final as Ações Integradas de Saúde, que se constituiriam, a partir da integração interinstitucional dos serviços de saúde a nível local, através da regionalização a hierarquização do sistema o que seria viabilizado mediante a criação de Comissões Interinstitucionais (a CIPLAN, as CIS's, as CRIS e as CLIS ou CIMS).

Esta estratégia, visando sobretudo à extensão da cobertura a baixo custo, com o objetivo de reduzir as filas intermináveis da Previdência, se concretizaria a partir do estabelecimento de parâmetros para despesas, garantindo o controle dos gastos efetuados pelo sistema em suas compras a terceiros.

Considerando-se as diretrizes básicas deste Plano, cabe ressaltar uma distinção fundamental entre esta proposta e a versão preliminar do PREV-SAÚDE. Enquanto esta última traçava os rumos para uma política nacional de saúde, o Plano do CONASP se limitou a retraduzir esta contribuição segundo as necessidades da Previdência Social em sua política racionalizadora, subordinando as demais instituições de saúde a este processo de rebaixamento de custos do sistema.

A baixa capacidade resolutiva dos serviços estaduais e municipais de saúde e os problemas relacionados às dificuldades de integração das instituições públicas a nível local, agravados pelas pressões dos interesses privados e a ausência de canais efetivos de participação da população na gestão do sistema, criaram obstáculos concretos que hoje põem em xeque a própria viabilidade das AIS como estratégia de transição.

(6) A análise que se segue neste item é a síntese das principais questões apresentadas no texto POSSAS, C. e MARQUES, M.B. – "Subsídios á análise política das propostas de integração entre as instituições públicas de saúde", **Rev. Brás. De Ed. Méd.**, Rio de Janeiro, 8(2): 83-89, maio/ago., 1984.

A isto se acrescenta clara limitação financeira. Mesmo com toda a expansão verificada em 1985, as AIS atingiram menos de 10% do orçamento destinado à assistência médica previdenciária naquele ano.

Se de um lado as Ações Integradas de Saúde vêm-se traduzindo, sobretudo nas regiões mais desenvolvidas no País, em perspectiva concreta de integração e articulação das instituições pública em saúde, representando certamente um avanço com relação à situação anterior, de outro lado seria errôneo supor que se daria a partir delas uma transição **gradual**, construída de "baixo para cima", de um Sistema Único de Saúde que garantisse a efetiva descentralização e democratização das ações.

As conquistas propiciadas pelas AIS, conferindo maior racionalidade à atuação do setor público através de convênios entre a Previdência Social e as Secretarias Estaduais e Municipais, que se constituíram em espaço efetivo para a participação de setores comprometidos com a democratização da saúde no País, são ainda muito tímidas quando se consideram as já referidas exigências colocadas pelo quadro de morbidade e mortalidade da população.

Neste sentido, é importante considerar que as AIS mantiveram intacta a dicotomia entre a assistência médica individual e curativa e a saúde pública; e, o que é pior, reforçaram ainda mais este fosso, ao manterem o Ministério da Saúde e a saúde pública á margem do Programa, incentivando as ações curativas de alcance individual. E mais, reproduziram na rede pública as relações distorcidas de estímulo à produtividade estabelecida com a rede privada.

Este estímulo se deu através do pagamento por produção, que acabou gerando distorções na política de recursos humanos adotada, favorecendo as categorias envolvidas diretamente na produção de serviços em detrimento das demais categorias. Outro aspecto relativo à inadequação da política de recursos humanos na AIS è que a justaposição de instituições distintas acabou colocando em confronto, sem resolvê-las, a disparidade de política salarial existente entre elas, gerando com isto grande insatisfação.

Quando muito, pode-se afirmar que as Ações Integradas de Assistência Médica – e não de saúde – representam um passo importante para a integração das instituições do setor público a nível ambulatorial, ampliando, a partir de convênios estabelecidos, a participação dos Estados e dos Municípios. Contudo, ainda com relação à assistência médica, há muito por ser feito, sobretudo no que diz respeito aos mecanismos de referência e contra-referência com a rede hospitalar e os serviços complementares, o que passa necessariamente por uma redefinição do atual padrão de relacionamento do setor público com o setor privado, mediado pela Previdência Social.

Quanto à integração das ações de saúde é difícil imaginá-la nas condições institucionais e de financiamentos atuais. Ela só poderá ser viabilizada através de ampla Reforma Sanitária, definida a partir do debate que se fará durante a Constituinte e sobretudo na legislação ordinária subseqüente, o que permitirá a definição de Sistema Único – e não simplesmente Unificado – de Saúde em âmbito nacional.

5. REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: DAS AÇÕES INTEGRADAS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Diante dos já referidos limites das Ações Integradas de Saúde como estratégia de articulação interinstitucional do setor público via repasse previdenciário, muitas têm sido as propostas de reorganização do sistema de saúde no País. Estas vão desde a fusão dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, passando pela incorporação do INAMPS pelo Ministério da Saúde e chegando até mesmo às propostas de unificação do sistema.

Seria contudo infrutífera qualquer tentativa de reorganização do sistema de saúde

brasileiro que, mantendo a estrutura centralizada atual dos programas existentes, se limitasse à mera justaposição e integração de instituições submetidas a lógicas distintas na articulação com o sistema produtivo e no plano político.

A incorporação do INAMPS por um Ministério de Saúde esvaziado de recursos e sem força política acabaria fazendo com que este se subordinasse àquele. Este processo, ao invés de romper com as distorções da tendência à racionalização da prestação de serviços, acabaria por reforçá-la, submetendo as ações de saúde pública aos determinantes e às distorções do padrão atual da organização da assistência médica previdenciária.

Ao contrario, esta transição somente poderá se concretizar a partir de ampla reforma de natureza jurídico-institucional que permita, de um lado, redefinir o padrão vigente de relacionamento entre o setor público e o privado em todas as esferas de abrangência da política de saúde e, de outro, superar a atual fragmentação do sistema de saúde brasileiro, garantindo real autonomia aos Estados e Municipios na alocação dos recursos e na gestão do sistema, com efetiva participação das entidades representativas dos trabalhadores e da população.

Esta abertura do leque de possibilidades de atuação pelo sistema de saúde responderia, de um lado, à já mencionada complexidade nos padrões de morbidade e mortalidade da população e permitiria, de outro que cada cidadão brasileiro, independentemente de sua posição no mercado de trabalho, da categoria a que pertencesse ou do seu local de residência, tivesse como principal interlocutor, para seus problemas de saúde, o Sistema Único de Saúde.

A este Sistema se incorporariam, sob coordenação de cada município ou de municípios de menor porte associados, todas as instituições públicas e fontes financiadoras dos vários ministérios, estados e municípios vinculados à prestação de serviços de saúde, assistência médica e saneamento, bem como as instituições privadas por ele(s) contratadas em caráter complementar, por regime de concessão, existentes em seu território. Esta estrutura seria apoiada em âmbito estadual e nacional por instituições de referência em formação de recursos humanos, pesquisa, desenvolvimento experimental, produção e controle de qualidade em saúde pública , higiene e segurança do trabalho.

Este processo seria favorecido pela revisão dos mecanismos existentes de compra no setor privado, abandonando-se com isto a forma atual de contrato entre o INAMPS e os prestadores de serviços. O mecanismo de concessão, que já vigora no País em setores essenciais, como telecomunicações e transportes, propiciaria ao Estado maior controle e a possibilidade de intervenção sobre a compra dos serviços privados em saúde.

Esta opção pelo contrato de concessão, acompanhada da criação de instâncias da participação da população e dos trabalhadores ao nível local, permitirá romper com as atuais distorções no relacionamento com o setor privado, garantindo sua subordinação ao interesse público.

Dados do próprio INAMPS [7] mostram que, apesar da tendência declinante, em termos relativos, dos repasses públicos aos prestadores de serviços privados a que nos referimos anteriormente, pelos limites estruturais à expansão da privatização, a participação do setor privado no âmbito da assistência médica ainda se matem bastante elevada. Resultaria em grande equívoco, portanto, qualquer proposta de reorganização do sistema de saúde no País que ignorasse o peso de setor privado na oferta dos serviços de saúde.

Com efeito, os prestadores privados de serviços absorvem em 1984 quase 70%

(7) MPAS/INAMPS – “Assistência Médica na Previdência Social: O INAMPS NA NOVA REPÚBLICA”, Rio de Janeiro, 1984. Publicação oficial.

dos gastos da autarquia, detendo cerca de 75% dos leitos hospitalares e respondendo por 50% das consultas médicas, 70% das consultas odontológicas, 60% dos serviços complementares e 90% das internações. Simultaneamente observa-se independentemente de repasse previdenciário, crescimento expressivo das empresas de seguro-saúde, ligadas ao capital financeiro para as faixas de mais alta renda, acima de 10 salários mínimos de renda mensal, cujo mercado potencial abrange cerca de 2% da população. O consumo privado em saúde, que já vinha se expandindo na última década por força da precariedade do atendimento público, aumentou em 341% entre 1978 e 1984, enquanto o aumento global de gastos familiares foi de 386[8], tende a se ampliar com a recente recuperação da economia.

Não se trata, portanto, de retomar o já desgastado debate da estatização **versus** privatização do sistema de saúde, mas sim de garantir **ao menor custo social** novas formas de relacionamento entre os setores público e privado, marcadas pela transparência e submetidas a um planejamento democrático.

Esta transparência, rompendo, de um lado, com a cristalização de grupos de interesse privado no interior da administração pública e com as práticas clientelistas, de outro, permitiria a utilização plena da capacidade ociosa do setor público em saúde estimado em 60%.

Da mesma forma, faz-se necessária ampla revisão das modalidades contratuais em que vinha se estabelecendo a articulação entre o setor público em saúde e os produtores privados de insumos, equipamentos, medicamentos e materiais biomédicos ao nível nacional e internacional. O poder de compra do setor público neste campo se expressa sobretudo no INAMPS, que é hoje o maior comprador direto e indireto destes produtos [9]. Da mesma forma, ao nível da saúde pública, os Laboratórios e Institutos de Pesquisas nos diferentes estados e a Fundação Oswaldo Cruz, como complexo institucional de suporte científico e técnico do Ministério da Saúde, Vêem-se, nas suas atividades de pesquisa, desenvolvimento experimental, produção e controle de qualidade, diante da necessidade de estabelecer critérios nítidos na relação com as empresas privadas nacionais e internacionais[10]. Uma maior firmeza nesta política já vem permitindo, de um lado, preservar o espaço de atuação do setor público em setores estratégicos para a saúde da população, como a produção de vacinas e soros para uso humano e, de outro, garantir a soberania nacional nos contratos de compra e venda de tecnologia, protegendo as inovações geradas internamente.

Ainda no que diz respeito às novas formas de articulação entre o setor público e o setor privado aqui discutidas, coloca-se também – fora do âmbito das empresas vinculadas à saúde – outra questão crucial para o projeto de uma Reforma Sanitária: a possibilidade de interferência, pelo sistema de saúde, sobre as condições em que se realiza o processo de trabalho nos diferentes setores de produção e sobre as condições predatórias em que vem se dando a

(8) VIEIRA, César – "Apontamentos para a análise do financiamento das políticas nacionais de saúde", Brasília, agosto de 1984, (mimeografado), citado por CORDEIRO, H. – **op.cit**.

(9) Em 1984, a partir de Protocolo Financeiro firmado entre o Brasil e a França, que previa a concessão de créditos para aquisição, na França de equipamentos médico-hospitalares, a administração anterior do INAMPS assumiu compromissos contratuais no valor total de 435 milhões de francos franceses. A atual administração do INAMPS concluiu, a partir de estudos de reavaliação, pela inadequação quantitativa e qualitativa dos equipamentos a adquirir e pela inexistência de recursos orçamentários para cobertura das despesas decorrentes dos compromissos assumidos.

(10) Na Fundação Oswaldo Cruz esta questão tem sido objeto de permanente debate, como o que se realizou em Seminário recente organizado por sua Superintendência de Planejamento, sob o título "Qual Política Tecnológica para que Política de Saúde?", que contou com ampla participação, inclusive de empresários da área de Biotecnologia.

ocupação do meio ambiente nas cidades e no campo. Estas questões colocam a sociedade brasileira e o setor público em saúde diante da necessidade de ampla revisão da legislação sanitária e dos instrumentos disponíveis para o seu exercício, através da definição dos riscos, dos níveis de exposição, dos mecanismos de proteção e das formas de controle pelas entidades representativas dos trabalhadores e da população. A precária fiscalização atualmente existente, mantida pelas estruturas verticalizadas dos órgãos governamentais, necessita ser substituída pela adoção de medidas eficazes de proteção da saúde ao nível local.

Também aqui a revisão das relações atualmente existentes entre os setores público e privado passa pela necessidade de legislação específica que garante a adoção, pelas empresas, dos procedimentos necessários de proteção e segurança do local de trabalho e do meio ambiente, sem o que dificilmente serão implementados, pelo aumento dos custos de produção que muitas vezes implicam.

Contudo, todas essas medidas propostas seriam insuficientes sem a garantia de autonomia financeira para os municípios brasileiros, que lhes permitisse coordenar efetivamente as atividades em sua área de abrangência. Estes, embora possuam, pela Constituição, todos os requisitos para sua autonomia, uma vez que lhes é reconhecida capacidade política, administrativa, legislativa e financeira, encontram-se na realidade em extrema dependência, pela drástica redução de suas competências pelo processo de centralização e fortalecimento do poder central(11).

(11) Para um maior detalhamento desta questão, ver DALLARI, S.G. – "Municipalização dos Serviços de Saúde", Editora Brasiliense, São Paulo, 1985. A autora chama ainda atenção para o fato de que, apesar de afirmada expressamente no texto da Constituição vigente (artigo 15), a autonomia dos municípios é freqüentemente negada nos próprios textos das Constituições estaduais, que às vezes dispõem, como na Constituição do Estado do Paraná (artigo 112) que será "O Estado que estabelecerá normas de funcionamento dos órgãos municipais".

Apesar da extrema dificuldade que esta situação coloca, o processo de descentralização proposto se realizaria sem grande ônus para os municípios, na medida em que se integraria, sob coordenação municipal ou de municípios associados, todas as estruturas e os recursos dos serviços sanitários existentes em seu território. Com isto, todo o esforço municipal hoje direcionado para a criação de novos serviços, passaria a se concentrar nas atividades de coordenação e administração do Sistema e na captação e formação de recursos humanos necessários às novas atribuições.

Para tanto, todos os recursos federais, estaduais e municipais destinados às atividades de saúde, assistência médica e saneamento passariam a constituir Fundo Único. Este Fundo seria composto, de um lado, pelos recursos atualmente existentes e dispersos e, de outro, pela captação de novas fontes de receita, estabelecendo-se percentuais fixos para a participação da União, dos estados e dos municípios no seu custeio. Isto se faria a partir da revisão dos mecanismos de tributação da União e das empresas no financiamento do Sistema, revertendo-se com isto o caráter regressivo da contribuição atual.

Contudo, embora se constitua para fins de captação em Fundo Único, a característica básica do financiamento do Sistema deverá ser o fortalecimento das estruturas estaduais, regionais e locais, a partir do estabelecimento de critérios e parâmetros que permitam eliminar progressivamente as diferenças estruturais e de oferta de serviços entre as regiões.

Isto se faria a partir de uma uniformização dos múltiplos critérios de regionalização atualmente existentes nas várias instituições públicas de saúde, redefinindo-se o conceito de região homogênea. A adoção de um critério uniforme permitiria a elaboração de planos regionais que efetivamente respondessem à peculiaridade de cada região. Com isto seria possível es-

tabelecer a diferenciação de competências do governo federal, dos estados e dos municípios, respeitando as disparidades existentes entre as várias regiões do País.

Desta forma seria possível viabilizar, a custos aceitáveis, uma Reforma Sanitária compatível com esta grande heterogeneidade. Ela se constituiria através da consolidação, a partir da articulação de instituições já existentes, de unidades operativas aos níveis local e regional que passariam a integrar – sob o comando de municípios isolados, de grande ou médio portes, ou através da associação de municípios de pequeno porte – as várias instituições e atividades atualmente dispersas e fragmentadas de prevenção, cura e reabilitação. Tais unidades não se constituiriam como estruturas físicas independentes mas, simplesmente, a partir da integração de estruturas já existentes, segundo a nova concepção de sistema de saúde referida.

Esta unidade não se limitaria, portanto, a uma única planta física, mas abrangeria o conjunto dos recursos humanos e instituições (ambulatórios e hospitais públicos ou contratados por concessão, centros de formação etc.) existentes em uma localidade. Sua atuação, delimitada por Lei, passaria agora a ser coordenada no sentido de garantir a proteção à saúde dos cidadãos. Através da descentralização efetuada, a gestão administrativa e técnica destas unidades passaria a ser atribuição dos municípios isolados ou associados.

O fortalecimento do poder municipal, conferindo-lhe autonomia decisória na gestão do Sistema, permitiria superar a atual superposição de instâncias de decisão entre os níveis federal, estadual e municipal. Este processo seria favorecido pela participação das entidades representativas da população no seu planejamento, na definição dos critérios de alocação dos recursos e de sua avaliação.

Este complexo orgânico de serviços sócio-sanitários se realizaria em vários níveis, abrangendo desde as funções de coordenação, programação e administração, onde se localizariam os órgãos de gestão democrática do Sistema, até as atividades diversificadas de proteção à saúde e prestação de serviços (proteção do meio ambiente, higiene e segurança no trabalho, proteção ao consumidor, assistência odontológica, saúde mental, serviços veterinários, cuidados básicos de saúde etc.). Para responder a estas novas atribuições se formularia política abrangente de recursos humanos que, integrando as diversas instituições, eliminasse as disparidades atualmente existentes entre elas, estabelecendo padrões de remuneração adequados e condições de trabalho condignas.

Como atividades de apoio essenciais às funções propostas, integrariam também o sistema ao nível local ou regional unidades de referência para a formação de Recursos Humanos necessários, atividades de Programação, Avaliação e Pesquisa e um Centro de Informação em Saúde, sendo que este englobaria, além dos indicadores tradicionais de morbidade e mortalidade, informações relacionadas às condições de trabalho e proteção do meio ambiente no território e seu impacto sobre a saúde.

A grande inovação aqui consistiria na incorporação das ações de saúde pública e de atenção ao trabalhador ao Sistema de Saúde, abrindo-se as portas das empresas para o acompanhamento da saúde dos seus trabalhadores pelos serviços locais de saúde.

As mudanças propostas no plano institucional e jurídico deverão, extrapolando o campo estrito do que se costuma conceber como "setor saúde", propiciar o estabelecimento de novas relações com outras instâncias de organização da vida social (habitação, trabalho, transporte, meio ambiente etc.). Com isto se poderá ampliar, nos planos cultural e político, os conceitos de saúde e cura, abrindo desta forma o espaço para a difusão das ações de prevenção. Esta recuperação da dimensão social do conceito de prevenção, superando sua restrição atual à concepção tradicional de

saúde pública, vinculada ao controle de epidemias, constitui certamente um dos aspectos mais importantes e inovadores deste projeto de reorganização do sistema de saúde.

A partir desta nova concepção de proteção da saúde, seria possível passar da medicalização da sociedade à socialização – que não se identifica com estatização – da saúde.

Evidentemente, para sua viabilização, este projeto requer a confluência de condições políticas favoráveis, o que ao que tudo indica poderia se concretizar através de amplo debate nacional deflagrado a partir da Constituinte.

Cabe ressaltar finalmente que, diferentemente do recente Projeto de Reforma Agrária, abandonado pelas pressões dos proprietários rurais diante da perspectiva de perda das imensas áreas não cultivadas em todo o País, uma Reforma Sanitária enfrentaria menores resistências – que não devem certamente ser subestimadas. Isto se deve ao fato de que, além de não colocar em questão relações de propriedade, esta Reforma simplesmente consolidaria, nos planos jurídico e institucional, a tendência que hoje já se verifica de expansão das atribuições do setor público em saúde, pelos limites cada vez mais estreitos do poder de compra de serviços médicos pela Previdência Social.

Ainda quanto às condições políticas para a viabilização de uma Reforma Sanitária brasileira, cabe ressaltar que se é verdade, por um lado, que a inexistência de partidos orgânicos e estruturas sindicais fortes dificulta a mobilização que a deflagraria, colocando o Brasil em situação distinta dos demais países europeus, como a Itália, por outro lado – e também diferentemente daqueles países – a gravidade do quadro sanitário da maioria da população brasileira faz com que se torne cada vez mais uma exigência premente e inadiável.

Este trabalho constitui tentativa de síntese de uma produção diversificada nas áreas de Economia, Ciências Sociais e Saúde. Além das citações indicadas no texto, apresento a seguir relação sucinta, ainda que parcial, da bibliografia consultada com o objetivo de orientar os leitores.

REFERÊNCIAS

I. PRIVATIZAÇÃO DO ESTADO: TENDÊNCIAS E LIMITES

1. ALBERTELLI, G. e FERRARI, G. (eds.) **Critica della Crisi**, textos de GIANNI, B.B., CERRONI, U., PALAZZO, A., PASQUINO, G., SCHIERA, P., SEVERINO, E., VACCA, G. e ZOLO, D., Luigi Reverdito Editore, Trento, Itália, 1983.
2. CARDOSO DE MELLO J. M. **O Capitalismo Tardio**, Brasiliense, São Paulo, 1982.
3. HABERMAS, J. **A Crise de Legitimação do Capitalismo Tardio**. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, 1980.
4. MALLOY, J. **The Politics of Social Security in Brazil**, Univ. of Pittsburg Press, Pittsburg, 1978.
5. MARTINS, L. **Estado Capitalista e Burocracia no Brasil pós-64**. Paz e Terra, 1985.
6. OFFE, Claus. **Contradictions of the Welfare State**, editado por John Keane, London, Hutchinson & Co., 1984.
7. POSSAS, C. A. **Saúde e Trabalho: a Crise da Previdência Social**. Graal, Rio de Janeiro, 1981.
8. POULANTZAS, N. **O Estado, o Poder, o Socialismo**. Graal, Rio de Janeiro, 1980.
9. REZENDE, F. "A Imprevidência da Previdência", **in Revista de Economia Política**, vol. 4, nº 2, abril-junho, 1984.
10. TEIXEIRA, S. M. F. **Estado Capitalista e Política Social**. Rio de Janeiro, 1984, (mimeografado).

II. OS NOVOS PADRÕES EPIDEMIOLÓGICOS E O IMPASSE NO SISTEMA DE SAÚDE

1. BERLINGUER, G. "Lavoro e Salute: Evoluzione nosologica della rivoluzione industriale alla rivoluzione tecnicoscientifica", apresentação introdutória do Congresso "Salute e classi lavoratrici dall'Unità al fascismo", Pavia, 12 de fevereiro de 1981, reproduzida em BERLINGUER, G., Gli Anni Difficili della Riforma Sanitaria, de Donato, Riforma e Potere 40, Bari, Itália, 1982.
2. CARVALHEIRO, J. R. **Processo Migratório e Disseminação de Doenças**, Textos de Apoio, Ciências Sociais 1, Abrasco, Rio de Janeiro, 1983.

3. MARTINE, G. **Evolução e Perspectiva da Migração Interna no Brasil, in Seminário de Transmissão e Controle de Doenças Tropicais no Processo de Migração Humana**. OMS/TDR, SUCAM, 1981, (mimeografado).
4. PESSOA, S.B. "Geografia Médica e Epidemiologia" in —Ensaios Médico-Sociais, São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1978.
5. POSSAS, C.A. e TRAPÉ, A.Z. "Saúde e Trabalho no Campo: da Questão Agrária à Política Previdenciária", **in Cadernos do Internato Rural**, vol. II, nº 1/2 Jan./jun., 1983.
6. SAWYER, D. R. "Informações Sociais Básicas para Identificar os Riscos Potenciais para a Saúde no Curso das Migrações Humanas", **in Seminário de Transmissão e Controle de Doenças Tropicais no Processo de Migração Humana**, OMS/ TDR/SUCAM.
7. STALLONES, R. A. "O Ambiente, a Ecologia e a Epidemiologia", Conferência pronunciada na sede da OPS, em 30 de setembro de 1971, (mimeografado).

III. AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE: ESTRATÉGIA DE TRANSIÇÃO?

1. ABRASCO/IERJ/NEPP-UNICAMP. **Relatório Final do Seminário a Crise e a Transição Democrática: Saúde e Previdência Social**. Novembro de 1984, (mimeografado).
2. ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE BRASÍLIA. **O Movimento Médico Face à Conjuntura Política Nacional**. Brasília, DF, dezembro de 1984, (mimeografado).
3. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Proposta Política para um Programa de Saúde**. Relatório Final e Proposições aprovadas pelo V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, novembro de 1984, (mimeografado).
4. CEBES. **Assistência à Saúde numa Sociedade Democrática – Contribuição para o Debate**. Documento apresentado no V Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados, Brasília, novembro de 1984, (mimeografado)
5. CORDONI Jr., L. "Rumo a um Sistema Único de Saúde: Uma Análise Política das "Ações Integradas de Saúde", texto-base do pronunciamento efetuado na mesa-redonda "Oportunidade de um Sistema Único de Saúde no Brasil", Belo Horizonte, MG, agosto de 1984 – CONASS, Sudeste, (mimeografado).
6. DIESAT. **Os Trabalhadores – Previdência e Saúde**. Pronunciamento de Remi Todeschini no V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, Câmara dos Deputados, Brasília, novembro de 1984, (mimeografado).
7. FONSECA, A.S. **Plano do CONASP: Reflexões Após Dois Anos de Aplicação**. Documento apresentado pelo Presidente do INAMPS à Reunião do CONASS, Belo Horizonte, outubro de 1984, (mimeografado).
8. FONSECA, A.S. **Plano do CONASP: Reorientação da Alocação de Recursos no Plano do CONASP: Tendências e Perspectivas da Rede Hospitalar Privada**. Documento apresentado pelo Presidente do INAMPS como contribuição ao Seminário sobre Gestão da Assistência Médico-Hospitalar Pública, promovido pelo INCa, Campanha Nacional de Combate ao Câncer, Rio de Janeiro, dezembro de 1984, (mimeografado).
9. MPAS/INAMPS/CEME-MS-MEC. **Ações Integradas de Saúde: Contribuição para Programação e Avaliação Conjunta**. 1984. (mimeografado).
10. MPAS/MS/MEC/GOVERNOS ESTADUAIS/GOVERNOS MUNICIPAIS. **Ações Integradas de Saúde**. Brasília, 3 de maio de 1984, (mimeografado).
11. **PROGRAMA DE AÇÃO DO GOVERNO TANCREDO NEVES, Setor: SAÚDE**. Fevereiro de 1985, (mimeografado).
12. RODRIGUES NETO, E. Subsídios para Definições de uma Política de Atenção à Saúde para um Governo de Transição Democrática. Rio de Janeiro, outubro de 1984, (mimeografado).
13. TEIXEIRA, S.M.F. **Reorientação da Assistência Médica Previdenciária: EBAP/FGV**, Rio de Janeiro, agosto de 1984.

IV. REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: DAS AÇÕES INTEGRADAS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1. ABRASCO, **PELO DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE**. Contribuição da ABRASCO para os debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Rio de Janeiro, novembro de 1985.
2. BERLINGUER, G. **Gli Anni Difficili Della Riforma Sanitaria**. De Donato, Riforma e Potere 40, Bari, Itália, 1982.
3. **CARTA DE ARAXÁ**. Relatório Final do I Encontro de Municipalização da Saúde do Triângulo Mineiro e Alto Parnaíba, Araxá, 19 de dezembro de 1984, (mimeografado).
4. CARTA DE MONTES CLAROS. **Muda Saúde**. IV Encontro Municipal do Setor Saúde e III Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, Montes Claros, MG, 7 de fevereiro de 1985, (mimeografado).
5. DONNANGELO, M.C.F. **Saúde e Sociedade**. Rio de Janeiro, Duas Cidades, 1976.

REORDENAMENTO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

ELEUTÉRIO RODRIGUEZ NETO
Professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro

1. O PORQUÊ DE MUDAR

Se não se pode falar em consenso a respeito da forma de organização que deve tomar o Sistema Nacional de Saúde, o mesmo não se pode dizer sobre a necessidade de sua reformulação; nunca houve um tão alto grau de consenso sobre a imperiosidade de sua transformação, manifestada pela grande insatisfação de todos os segmentos sociais.

A começar pela população, pelos usuários, que nunca tiveram tão claro para si a insuficiência dos serviços de saúde, até os prestadores de serviços, profissionais e empresários, sem deixar de considerar a própria burocracia estatal preocupada pela ineficiência do setor e os políticos e dirigentes, premiados pelo seu baixo impacto social.

Recente pesquisa de opinião realizada por órgão do governo revela que, entre as prioridades da população, quanto a problemas e questões mais sérias e urgentes que se desejava ver equacionadas pelo governo, a assistência à saúde encontra-se em segundo lugar, só precedida pela inflação e "custo de vida". Se por um lado este dado pode representar um maior nível de percepção e conscientização por parte da população a respeito de suas necessidades, sem dúvida deve refletir o alto grau de deterioração a que chegaram os serviços de saúde, a ponto de a população ver-se ameaçada e reivindicar do governo um equacionamento do problema.

Por outro lado, os profissionais de saúde começam a ter, com mais freqüencia, movimentos reivindicatórios e grevistas, pleiteando melhores salários e condições de trabalho. O que é curioso, embora terrivelmente preocupante, é o fato de, em geral, esses movimentos de paralisação não terem afetado, de forma imediata, o próprio nível de atendimento à população, revelando o quão pouco resolutivo e eficaz tem sido, mesmo com os serviços em funcionamento regular.

O nível de vida e de saúde da população brasileira, já exaustivamente analisado em muitos trabalhos, revela a gravidade e a complexidade das questões de saúde no país. No entanto, carece-se de dados mais atuais que indiquem os efeitos mais recentes da crise econômica do início dos anos 80 sobre a saúde da população. Dadas as dimensões da crise, nunca antes verificadas, é de se supor que importantes modificações podem ter havido no perfil de morbi-mortalidade, ainda não suficientemente detectadas, até mesmo pela ineficiência dos sistemas oficiais de registro e informação no setor. É necessário referir, no entanto, algumas tendências que podem ser observadas em relação a algumas grandes endemias, como a malária, a esquistos-

somose, Chagas e calazar, entre outras, que vinham tendo, até o presente, um grau de expansão significativo, revelando a falta de controle sobre o seu processo de transmissão e disseminação. Até a febre amarela urbana volta a ser ameaça, com a reinstalação, em grande número de estados e grandes cidades, do "Aedes Aegypti", mosquito transmissor da doença, que já havia sido considerado erradicado do país na década de 60.

Ao lado de doenças emergentes e ameaçadoras, como é o caso da AIDS, que encontra condições extremamente favoráveis para sua expansão pela falta de controle do comércio de sangue no país, dentre outras vias de transmissão, questões tecnicamente equacionáveis como a infecção hospitalar também passam a constituir ameaça a todos que necessitam de um atendimento nosocomial.

Sem se entrar na discussão sobre a causa social da doença, que remete o problema de saúde da população a todas as esferas de governo, transcendendo seu equacionamento ao "setor saúde" propriamente dito, é indubitável que os conhecimentos e instrumentos técnicos próprios do setor não estão sendo utilizados na medida necessária e possível do seu alcance. Processos mórbidos e evitáveis por meios de prevenção específica, cadeias de transmissão reconhecidas e passíveis de serem interrompidas por medidas de várias ordens, o controle banal de doenças com potencial explosivo e a mínima dignidade no atendimento médico fazem com que o sistema de saúde propriamente dito não possa fugir à grande parte da responsabilidade na manutenção desse quadro de iniqüidade.

Algumas ações têm sido incluídas no elenco de atividades dos serviços de saúde, como a suplementação alimentar, o cultivo de alimentos e até mesmo processos para sua conservação, circulação e comercialização. É necessário ressaltar que, tradicionalmente, elas não são próprias do setor saúde propriamente dito e, se são aí consideradas, o são em caráter supletivo, dirigidas a minimizar o risco de grupos mais vulneráveis a doenças ou a processos de desvio do seu desenvolvimento, como as crianças, gestantes e nutrizes. De qualquer forma, o setor saúde não poderá assumir de forma regular ações dessa natureza, seja pela sua dimensão, seja pela sua especificidade o que não o afasta da responsabilidade, de buscar articulação intersetorial necessária para equacionamento dos problemas que têm causas nitidamente extrasetoriais.

Também outros documentos, especialmente os que pretenderam informar o programa de governo na Nova República para o setor saúde, já analisaram, à exaustão, as questões relativas às irracionalidades, incongruências, insuficiências, distorções e ineficiências do setor. No entanto, cabe sistematizar, para efeito desta proposta, as principais características jurídico-legais, organizacionais e econômico-financeiras do setor e que explicam a situação antes descrita, assim como justificam as propostas de mudança a serem enunciadas.

Pode-se dizer que o arcabouço jurídico-legal do atual Sistema Nacional de Saúde repousa sobre três conjuntos de instrumentos legais, compostos cada um por um documento principal e outros daí derivados.

O primeiro, por ordem de precedência legal, e até certo ponto cronológica, é a Constituição vigente, identificada pelo ano de sua promulgação, em 1967, e acrescida da emenda constitucional de 1969. A Constituição coloca, de forma bastante vaga, a questão da saúde, tanto em termos de sua concepção como direito, como em relação às responsabilidades institucionais e sociais correspondentes. De qualquer forma, não assegura a saúde como direito universal e tampouco como responsabilidade do Estado, que tem apenas atribuições vagas sobre ações genéricas de promoção de saúde e proteção de determinados "grupos de risco". Vincula, sim, o direito à assistência médico-hospitalar, à prestação securitária,

devida aos contribuintes da previdência social, limitando os serviços à possibilidade de custeio próprio do sistema previdenciário e até deixando em aberto, ainda assim, uma possibilidade de co-participação do usuário no custeio de serviços que utiliza. Na verdade, a Constituição convalida o que está consubstanciado na própria "Lei Orgânica da Previdência Social", de 1960.

O outro conjunto referido é o correspondente à Lei 6.229, de 17/7/1975, que criou o Sistema Nacional de Saúde. Esta lei vem, a rigor, legitimar algo que já vinha se dando na prática, e se propõe a organizar as relações institucionais como correspondentes de um "sistema" definindo atribuições e limites de atuação.

Embora reconheça formalmente a função do Ministério da Saúde como órgão central de formulação da política nacional de saúde e coordenador do Sistema, a lei não prevê as condições materiais, políticas e organizacionais para que isso se efetive.

Baseando-se numa concepção do processo saúde/doença bastante criticada já à época, que divide e organiza as ações de saúde quanto à fase do processo – promoção e proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação – a Lei 6.229 atribuiu responsabilidades institucionais específicas e, de acordo com essa lógica, aos vários ministérios, devendo-se destacar pelos limites recíprocos então impostos, a seguinte divisão: ao Ministério da Saúde, a formulação da política, a coordenação do sistema e a execução das ações de alcance coletivo e de vigilância epidemiológica e sanitária; ao Ministério da Previdência Social, a execução das ações de assistência médico-hospitalar individual devida apenas aos segurados da previdência social; ao Ministério do Interior, as ações de saneamento. O Ministério da Educação continuou com suas atribuições tradicionais com relação à formação de recursos humanos e à prestação de serviços (especializados e diferenciados) através de seus hospitais universitários.

Aos estados foram atribuídas funções difusas, mais ligadas ao planejamento e coordenação, mas, no que se refere à prestação de serviços, reservando-lhes apenas a prioridade para os chamados serviços básicos de saúde.

Com relação aos municípios, a formulação é ainda mais genérica, especificando apenas uma vocação tradicionalmente atribuída a esse nível, que é a de prestar os serviços de pronto-socorro.

Se a Lei 6.229 pode, a um primeiro momento, parecer ingênua e questionável à luz de princípios conceituais e de sua viabilidade político-administrativa, numa análise retrospectiva ela se mostrou altamente perversa quando, ao assegurar uma fonte de custeio regular para ações de caráter curativo e alcance individual através da previdência social, inverteu a prioridade declarada em relação às ações de caráter preventivo e alcance coletivo. Isto é, os recursos da previdência social destinados à prestação de serviços de saúde, foram canalizados, exclusivamente, para as ações de assistência médico-hospitalar que, por sua vez, e de forma não casual eram executados, em sua maioria, por rede privada contratada; isso, num período de crescimento econômico, com a previdência social apresentando **superávit**. Como resultado, deu-se o processo de intensa capitalização interna do setor privado de prestação de serviços de saúde, que cresceu de acordo com a lógica da lucratividade, induzindo, assim, ao desenvolvimento de serviços mais capital-intensivo nas áreas de maior mercado consumidor, em termos de poder aquisitivo.

A par das grandes distorções relativas às formas de compra/venda de serviços que acabaram por colaborar na exaustão dos cofres previdenciários, deu-se assim uma extrema distorção em termos de distribuição/concentração de serviços e equipamentos, assim como numa total diacronia

entre a pirâmide de necessidades de saúde e a de recursos técnicos disponíveis. Evidentemente que o crescimento do setor de insumos-equipamentos e medicamentos também foi elemento privilegiado nesse processo, induzindo-o, assim como beneficiando-se do mesmo.

O terceiro conjunto de instrumentos legais que suporta o Sistema Nacional de Saúde é o constituído pela legislação previdenciária, que tem sua base na Lei Orgânica da Previdência Social, de 1960, e culmina com a Lei do SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social), de 1977, que instituiu a atual estrutura de institutos, entre os quais o INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. A Lei do SINPAS coloca-se como altamente orgânica com a Lei 6.229, prevendo apenas os meios para uma maior estruturação da previdência social como um todo.

Na realidade, desde o surgimento da primeira legislação previdenciária, na década de 1920, até a criação do SINPAS, algumas tendências se mantiveram constantes, como a busca de eqüidade de contribuição e benefícios, a expansão da população coberta e a centralização político-administrativa. Como conseqüência, a previdência social brasileira apresenta-se hoje como uma das maiores do mundo, em termos de cobertura proporcional da população (em torno de 85%) e de dimensionamento de sua máquina técnico-burocrática. O seu gigantismo colocou-a também como uma das principais agências oficiais do país, com orçamento só superado pelo da União e o do Estado de São Paulo. No entanto, esse mesmo gigantismo, com o inusitado grau de centralização, é também o responsável pela sua quase inadministrabilidade, a par da acessibilidade aos lobbies de grupos econômicos que lhe têm assediado por estes anos e influenciado, pela lógica antipopular, os seus rumos. Isso evidentemente foi facilitado em todos os anos da ditadura com a eliminação de qualquer participação dos empregados na gestão da previdência, como preconizado por seus diplomas legais originais, aliado à permeabilidade das instâncias burocráticas aos interesses do capital, então hegemônicos no próprio Estado.

Decorre daí outro grande problema identificado no setor saúde, especialmente através do INAMPS, que é a relação conflitiva e indutora de distorção estabelecida entre os setores público e privado, numa verdadeira disputa de espaços, com evidentes favorecimentos do segundo, em todo este período, criando expectativas que não podem mais ser cumpridas, alimentadas, ainda, pela impunidade histórica quanto ao mau uso do dinheiro público, tanto no que diz respeito à fraude quanto em relação à irracionalidade organizativa e técnica que privilegia os interesses do prestador em detrimento de um melhor serviço à população.

Embora reconhecendo que o baixo impacto social do setor, suas distorções e irracionalidades são a expressão do processo social histórico vivido pela nação ao longo de sua existência e especialmente agravado pela perversidade do regime que se espera estar sendo sepultado pelas mãos do povo brasileiro, e que a superação dessas iniqüidades só se fará por conquista popular, deve estar inserida nessa luta a substituição dos instrumentos jurídico-legais que legitimam as atuais práticas sociais e institucionais, como aqui apresentado.

Por outro lado, cabe referir, ainda, a questão do financiamento que, embora deva ser tratada em documentos à parte, não pode deixar de ser referida neste texto, especialmente porque constitui o principal ponto de estrangulamento do setor, na maneira como está hoje concebido.

As distorções e problemas relativos ao financiamento podem ser encarados sob três aspectos principais: o montante dos recursos, a fonte das receitas, e o padrão de gastos em saúde.

Em termos comparativos com outros países, pode-se dizer que o Brasil gasta pouco com saúde, uma vez que consome apenas cerca de 4% do seu PIB no setor propriamente dito. Considera-se que em valor adequado deve estar entre 8 e 10%. Em relação ao orçamento interno do governo, chama também atenção o percentual que é destinado à Educação, de acordo com a aprovação recente da Lei Calmon que atribui a esse setor 13% do orçamento da União.

Quanto às fontes, é de todos conhecida a estrutura de financiamento do setor, em que, se por um lado, o nível federal é preponderante, com participação especial da previdência social por outro, o nível municipal é quase inexpressivo, com crescimento gradual, ainda que pouco significativo, do nível estadual. É preocupante, e talvez revelador da ineficiência dos serviços e do alto custo de medicamentos, o crescimento dos gastos pessoais com saúde. O padrão de gastos, as distorções e as alternativas devem ser objeto de estudo à parte o que, no entanto, não impede as considerações de ordem organizacional do sistema nacional de saúde que, em síntese, gasta pouco e mal.

Por todos esses motivos, impõe-se um profundo reordenamento do Sistema Nacional de Saúde que, aliás, nem sob a perspectiva funcionalista em que se assentava conseguiu constituir-se como um verdadeiro "sistema", falindo até sob o ângulo puramente técnico-burocrático.

São necessárias mudanças não apenas de ordem formal, racionalizadoras, mas profundas e extensas o suficiente para alterar o perfil do direito à saúde e do dever do Estado, hoje limitado, conceitual, social e legalmente.

Na verdade, o movimento que tomou forma no seio da sociedade para a conquista de melhores condições de vida, através de anos de oposição e crítica aos modelos vigentes, e agora com a conquista da Nova República, aponta para a necessidade de uma real "reforma sanitária", transcendendo, inclusive, aos limites formais do sistema prestador de serviços de saúde e alcançando todos os meios e setores que afetam a qualidade de vida, criando os mecanismos de proteção à saúde que convêm a uma sociedade democrática.

2. A SAÚDE NUMA SOCIEDADE DEMOCRÁTICA

Bons indicadores de saúde devem, a rigor, ser a própria expressão de uma sociedade democrática.

Não é outra a finalidade de uma organização social democrática que não seja prover os meios e condições necessários para que todos os seus membros gozem das melhores condições de vida, a mais longa, a mais produtiva e sem diferenças de região ou de classe ou outro fator ou discriminação ou de hegemonia.

Embora esteja claro que essa utopia socialista encontra enormes constrangimentos históricos, sociais, culturais e econômicos para sua transformação em realidade, na atual conjuntura social e política é necessário ter-se clara a imagem-objetivo desse sistema de saúde que se persegue, com a finalidade de orientar as decisões estratégicas necessárias e consequentes.

Claro está que a noção de saúde, longe de ser uma formulação idealista e subjetiva como enunciada, tradicionalmente (saúde como felicidade) deve ter representação material e concreta evidenciada pelas condições de vida que tenha a população e os reflexos destas sobre a longevidade e os padrões de morbi-mortalidade correspondentes às possibilidades técnico-científicas disponíveis através da adequada alocação dos recursos nacionais.

A esta noção de saúde corresponde um corolário natural que é de que, numa sociedade democrática, **saúde é um direito de todos** os seus integrantes, devendo ser o fruto socialmente compartilhado do trabalho nacional.

Sob essa percepção, o Estado democrático tem o dever de prover meios e condições necessárias e suficientes para que esse fruto seja colhido da forma mais extensa, igualitária e dentro da economia social (racionalidade) que deve prevalecer com o intuito de otimizar os recursos comuns de uma sociedade.

Entretanto, as formas através das quais o Estado pode assumir este dever variam, o que não significa igualdade de resultados. É necessário, pois, analisar essas alternativas, com vistas a se apreender aquela socialmente mais justa.

A rigor essas alternativas, podem-se restringir a dois grandes modelos: um, o da **seguridade social universal** e o outro, do **serviço público** propriamente dito.

O primeiro, o da seguridade social, significa a extensão de todos os direitos previdenciários (assistência médica, aposentadoria, pensão e outros benefícios) a toda a população, indistintamente; constitui-se num sistema "fechado" em termos de receita e despesa, sendo passível de cálculo atuarial para efeito de estipulação da amplitude e profundidade dos benefícios, em relação com o "prêmio", isto é, a receita.

Se bem possa responder ao princípio da universalização e da eqüidade, este modelo propicia críticas em três aspectos principais: primeiramente, porque carece de integralidade, em termos do próprio conceito de saúde, remetendo-o mais à responsabilidade quanto à assistência à saúde/doença, constituindo, por força de ter fontes de custeio próprias, um sistema quase fechado e autônomo; por outro lado, tendo como fonte de recursos comuns a todas as outras prestações securitárias (pensões, aposentadorias), está sempre limitada por estas e tendo que obedecer aos mesmos critérios de extensão, nem sempre possíveis no mesmo nível para todos os benefícios sociais; ainda, o fato de que a extensão das prestações dos serviços de saúde vai-se dando por agregação (direitos securitários adquiridos que se somam) fazem com que os dispêndios com a assistência médico-hospitalar cresçam até o nível da sua inviabilidade econômica dentro do sistema securitário.

A outra opção constitui-se no **serviço público**, que tem como fonte de financiamento os recursos auferidos por impostos gerais ou específicos e deve corresponder ao **nível de conquista social** e à racionalidade imposta pelo Estado na busca de maior justiça na distribuição dos bens e serviços, assim como na **atribuição de prioridades**. Esta forma tem a vantagem de considerar a saúde num universo mais amplo e, fora da lógica de seguro, como algo a que se tem direito a partir de um contrato e de acordo com cálculos atuais, e sim dentro da lógica do direito social de compartilhar da riqueza nacional. Esta visão permite, também, a apreensão da saúde de forma mais integral, sem que se privilegie as ações assistenciais em detrimento das de proteção e promoção da saúde, quase sempre de efeito mais extenso e significativo.

Assim, julga-se que o modelo "serviço público" corresponde melhor aos anseios de universalização da atenção, com racionalidade, de acordo com o estágio de desenvolvimento sócio-econômico que vive a nação em cada momento histórico; deve-se salientar que isso não deve implicar em qualquer eliminação dos direitos já adquiridos, mas, sim, a sua extensão a toda população, de acordo com os princípios de racionalidade e prioridade já enunciados.

Optando-se pela segunda alternativa, por considerá-la socialmente mais justa, cabe enunciar alguns princípios e diretrizes que devem nortear a organização do sistema, de responsabilidade e execução públicas:

- Unificação do sistema com comando único em cada esfera de governo.
- Articulação entre as várias esferas de governo (federal, estadual e municipal).
- Integração intersetorial, especialmente com saneamento, habitação, colo-

nização, viação, abastecimento e educação.

- Integralidade de ação setorial, superando progressivamente as dicotomias entre individual/coletivo e preventivo/curativo.
- Participação popular na formulação e controle da execução da política de saúde em todos os níveis.
- Descentralização máxima do sistema, mantendo-se como unidade básica de planejamento e execução a unidade federativa.
- Sistema único de informações.
- Regionalização e hierarquização dos serviços, em rede funcionalmente articulada.
- Universalidade e eqüidade absolutas entre todos os segmentos sociais e regiões do país.
- Gratuidade na prestação de serviços, inclusive na assistência farmacêutica.
- Unificação da política de pessoal de saúde.

Com relação à questão do financiamento, cabe ressaltar apenas alguns princípios orientadores:

- Necessidade de maior inversão no setor, em termos de percentagem de participação do PIB.
- Desvinculação das fontes para os sistemas de saúde e previdência; criação de receita própria para o setor saúde.
- Criação de um Fundo Nacional de Saúde, formado por recursos captados de fontes fiscais regulares, mas de baixo poder regressivo, devendo incidir preferencialmente sobre o capital e não sobre o trabalho.
- Gestão colegiada desse fundo, com ampla participação dos vários segmentos sociais e institucionais.

3. PROPOSTA DE REORDENAMENTO DO SNS NO CONTEXTO DA NOVA REPÚBLICA

A fase inicial e atual da Nova República, constituindo-se em uma etapa de mudanças institucionais e políticas gerais e de busca de meios e instrumentos que assegurem a democratização do país, não permite que se tenha claro ainda o perfil político-social e institucional dessa nova fase da história do país.

Na verdade é um período de transição**.** onde o dinamismo das mudanças que podem ainda trazer surpresas, dado o processo peculiar verificado no país, quando não houve propriamente uma substituição de lideranças políticas e de quadros dirigentes da burocracia estatal, mas sim um realinhamento em torno de um novo pacto político exigido pela nação através de movimentos populares pacíficos, mas de grande significação social. O grande fiador desse processo é o próprio povo que está longe de ter atendido seus problemas mais prementes, ainda que tenha indicadores claros de uma nova atitude político-administrativa do atual governo. Os próximos pleitos eleitorais deste ano podem ser mais definidores deste processo, quando darão o perfil social e político do novo Congresso-Constituinte e, por conseguinte, do pensamento majoritário que estará representado na nova Constituinte e nas reformas daí a advir.

Assim, a própria abrangência do "direito à saúde" está por ser conquistado e inserido no texto constitucional, não como condição, mas como resultado da luta política pela democratização do setor e como respaldo para as reformas institucionais necessárias. No entanto, mais que um elenco de enunciados estático, seria de desejar que estivesse assegurada aí a continuidade do processo de ampliação permanente desses direitos como algo consoante com o próprio aperfeiçoamento democrático e com o desenvolvimento econômico, através do reconhecimento da participação popular na

formulação, gestão e controle da política nacional de saúde.

Há ainda muito caminho a se percorrer e conquistar na direção de um amplo direito à saúde, que transcenda a simples questão da assistência médica, como o direito às boas condições de saneamento, à qualidade do ar e da água, dos medicamentos; o direito às condições próprias e higiênicas dos alimentos, às condições adequadas de trabalho e à possibilidade do descanso digno e restaurador, entre outros. São direitos que devem se buscar à exaustão e encarados como paradigmas da sociedade democrática, dependentes, portanto, das condições históricas, políticas e sociais para sua efetivação. No entanto, no que toca à assistência à saúde (médica, odontológica, farmacêutica), parece bastante razoável e viável a conquista da universalização do seu acesso e da rápida eqüidade na sua oferta, entre os vários segmentos sociais, sem discriminação de clientelas, como a "previdenciária" da "carente", a urbana da rural, a sulista da nordestina.

Do ponto de vista da assistência médica, a universalização pode-se dar por duas vias, como já se analisou no capítulo anterior: pela extensão do direito previdenciário ou agregação, com recursos adicionais, da clientela não previdenciária, o que significa a manutenção do sistema de seguridade social como o âmbito e o conceito a partir do qual se dariam as prestações de saúde; como segunda alternativa, a criação de um sistema de saúde unificado e autônomo em relação à previdência, embora pudesse contar, de início, com boa parte do seu custeio auferido da receita previdênciária. Entendendo que esta não é uma questão tranqüila (pelo contrário, é polêmica), em face dos receios de perda dos direitos já adquiridos pela clientela vinculada à previdência social, (embora a aquisição formal do direito, mesmo pelos previdenciários, não tenha sido suficiente para garantir a adequação dos serviços), considera-se que esta é a questão central a ser colocada em escrutínio pelos vários segmentos afetados, e analisadas as condições que garantam o não-retrocesso, mas sim o avanço da política social do governo, o que significa e só pode ser obtido através de maiores possibilidades do exercício do controle social (participação na gestão).

Mesmo com tais limitações, vai-se assumir, para efeito deste trabalho, a segunda opção, que implica num novo papel do Estado quanto à sua responsabilidade em relação à saúde da população. Isto é, um Estado que não é mais apenas o síndico de uma grande cooperativa de desiguais (a previdência social), mas o próprio responsável pelas prestações sociais; no caso, os serviços de saúde.

Para fazer frente a essa concepção e a essas responsabilidades, é necessário a redefinição dos papéis das várias esferas de governo, hoje constrangidos pela Lei 6.229/75, já analisada.

A partir do princípio de descentralização e de comando único em cada esfera de governo, pode-se definir tentativamente o perfil do município, do estado e da União com relação às suas características e responsabilidades no "novo" Sistema Nacional de Saúde:

– União

- Papel predominantemente normativo e de "monitoramento" do setor saúde, em termos epidemiológicos, de cobertura assistencial e de vigilância sanitária. Papel executivo com estados e municípios. Os serviços federais (ambulatoriais, hospitalares etc.) serão transferidos para os estados e municípios, de acordo com planos estaduais que indiquem a viabilidade técnico-financeira e um cronograma adequado às realidades institucionais. Deverão permanecer no âmbito federal os serviços considerados de referência nacional e os considerados estratégicos por uma ou outra razão (segurança, pesquisa etc.).

- Responsabilidade institucional atribuída ao Ministério da Saúde, que também se articulará com os setores com os quais a saúde tem interface. Isto implica na consolidação (incorporação numa mesma instituição (MS), das várias responsabilidades distribuídas entre as diversas instituições que prestam serviços de saúde, numa única (INAMPS, hospitais universitários, serviços médicos da Legião Brasileira de Assistência e outros órgãos); mesmo os serviços de saúde das Forças Armadas deverão integrar a rede unificada de serviços. O Ministério da Sáude, então redefinido, deverá ter novo organograma (evidentemente os serviços referidos deverão obedecer o item anterior, em termos de uma radical descentralização).
- O "novo" Ministério da Saúde será o responsável pela formação e administração do Fundo Nacional de Saúde, para onde devem confluir todas as receitas públicas federais destinadas ao setor. O FNS será gerido por órgão colegiado amplamente representativo e, inicialmente, deverá ser formado pelas receitas regulares dos órgãos consolidados, enquanto não se consegue também a consolidação das fontes dessas receitas (a questão deve ser tratada em documento específico).
- O nível federal (MS) continuará com as responsabilidades quanto às normas (e valores) de relacionamento do setor público com os concessionários privados (serviços privados). A execução do contrato, no entanto, será descentralizada em termos de celebração dos contratos (entre prestador e estado ou município) e do controle sobre sua execução assim como as medidas corretivas cabíveis.
- Responsabilidade pelo repasse financeiro a estados e municípios, na medida da delegação das responsabilidades executivas. A reforma tributária deverá criar novas regras para esse fluxo de recursos; de qualquer maneira, deve haver uma forma regular e simplificada de relacionamento financeiro, entre a União e os estados e municípios, buscando a superação gradual dos termos de convênio entre as partes, que tenham conotação de compra/venda de serviços. As responsabilidades explicitadas nos "convênios" devem estar mais em textos legais que em instrumentos isolados de relacionamento bilateral.
- Coordenação da politica unificada de pessoal, que inclui a participação no financiamento do processo de isonomia salarial e emprego único preconizado para o setor.

– Estados, Territórios e Distrito Federal

- Papel de gestão, planejamento, coordenação e controle/avaliação da Política Nacional de Saúde em nível de unidade federativa, inclusive do Fundo Estadual de Saúde, formado de forma similar e análogo ao Fundo Nacional de Saúde.
- Responsabilidade na elaboração do plano diretor de serviços de saúde na U.F., que deve orientar a conformação da rede unificada de serviços.
- Papel executivo (no que não couber ao município) quanto à prestação de serviços de saúde, vigilância sanitária e epidemiológica, responsável pelo sistema estadual de informações em saúde.
- Papel normatizador no que se refere à compatibilização com o quadro jurídico-legal da U.F. e com a realidade operacional regional (as normas federais não podem ser exaustivas, devendo deixar uma margem de adaptabilidade local, necessária à sua maximização).

- Preferencialmente, o governo estadual deve ter a seu cargo os serviços de abrangência regional ou de complexidade tecnológica maior e que exijam quadro de pessoal mais especializado e diferenciado. Sempre que possível, os serviços básicos de saúde devem ser transferidos aos municípios, dentro de um plano gradualístico e programático, a partir de cada realidade específica.
- Responsabilidade pela celebração e controle dos contratos de concessão com os prestadores de serviços privados, com a finalidade de assegurar a cobertura assistencial necessária, em cada U.F.

– **Municípios**

- Papel predominantemente executivo (dada à diversidade entre os municípios brasileiros, em termos de tamanho, população e desenvolvimento econômico, torna-se difícil o estabelecimento de regras rígidas quanto às ações que devem Ihes caber na operacionalização da política nacional de saúde). No entanto, como diretriz, deve-se fazer com que, sempre que possível, os serviços básicos de saúde (atenção geral, ambulatorial e hospitalar, pronto-socorro e saneamento), assim como a operacionalização de certos programas assistenciais (como suplementação alimentar) estejam sob responsabilidade municipal; de qualquer forma, a gestão do conjunto dos serviços, em nível municipal, deve ser executada pela autoridade sanitária municipal, ainda que coordenando órgão colegiado interinstitucional. Na dependência do tamanho e condições, o município pode assumir maiores responsabilidades executivas, como é o caso da maioria das capitais, que poderão ter a seu cargo praticamente todos os serviços de saúde existentes nesses municípios e mesmo celebrar os contratos necessários com a rede privada.
- Especialmente neste nível, a participação popular coloca-se como mais direta e imediata e deve ter aí sua atuação preponderante, independente da participação nas outras esferas de gestão do sistema, em forma mais representativa.
- Formação e gestão, quando couber, do Fundo Municipal de Saúde.

4. Estratégia

Estas propostas de redefinição dos papéis institucionais e das várias esferas do governo na formulação, execução e controle da política nacional de saúde necessita, para sua concretização, de reformulação dos diplomas legais já referidos anteriormente. Embora a Constituição seja a Carta Magna que deve orientar todas as outras leis, a rigor seria possível equacionar essas transformações apenas substituindo ou modificando a legislação ordinária, em especial a Lei do SNS/75 e a Lei do SINPAS/77. A modificação do texto constitucional deverá contemplar a visão prevalente sobre a questão do direito à saúde e do dever do Estado, mas não impede que se possa dar passos anteriores à sua própria promulgação. Na ver-dade, a Constituição deve refletir o pensamento da sociedade sobre a organização nacional e os seus caminhos na direção do desenvolvimento social e econômico e não ser uma limitante para o próprio processo histórico-social.

Considera-se que as proposições aqui apresentadas têm total factibilidade técnica, administrativa e financeira. Resta, assim, a apreciação quanto à sua viabilidade política.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde coloca-se como o fórum adequado para esta análise, conferindo a legitimidade necessária ao encaminhamento das propostas de reordenamento do setor, de acordo com a realidade social e política do pais.

Como medidas imediatas, na direção da implementação da proposta formulada, julga-se necessário desencadear as seguintes ações:

- Elaboração e proposição, como mensagem do Executivo, do anteprojeto de lei que reformula o Sistema Nacional de Saúde, modificando especialmente a Lei 6.229/75 e a legislação previdenciária, de acordo com as propostas enunciadas, inclusive quanto ao FNS.
- Reformas institucionais correspondentes aos novos diplomas legais, cujas propostas podem ser desenvolvidas independentemente da terminalidade do processo legislativo.
- Elaboração dos planos diretores estaduais (dimensionamento, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde no estado).
- Elaboração dos projetos estaduais e municipais de transferência de serviços, da responsabilidade de uma instituição para outra, com cronograma e estratégia específicos quanto a financiamento, pessoal, administração etc. (cada unidade da federação elaboraria, a partir da sua realidade institucional, o projeto que definiria quais serviços passariam para a responsabilidade do estado e do município, quando isso poderia ser feito, com quais recursos, com que modificações administrativas etc.).
- Desenvolvimento do Sistema Único de Informações em Saúde, coordenado pelo Ministério da Saúde e operacionalizado pelas três esferas de governo.
- Elaboração do plano de política unificada de pessoal, ao que deve corresponder legislação específica.
- Elaboração e implementação do plano nacional de assistência farmacêutica (não confundir com o plano de desenvolvimento da indústria farmacêutica nacional);
- Início do processo de qualificação técnico-gerencial do pessoal dos serviços de saúde, em todos os níveis.
- Estabelecimento dos novos instrumentos e regras de relacionamento com o setor privado (como decorrência natural da proposta e não como pré-condição para a mesma).
- Redefinição das Ações Integradas de Saúde como instrumento de articulação intersetorial e entre esferas de governo. Correspondente reestruturação dos órgãos colegiados federais, estaduais e municipais, que deverão ter um caráter mais de gestão participativa-política que de administração.

A plena consecução desta reforma deveria corresponder à absoluta supressão dos convênios de Ações Integradas e pelo surgimento dos planos de saúde federal, estaduais e municipais, baseados na Nova Lei do Sistema Nacional de Saúde e viabilizados pelos respectivos orçamentos federal, estaduais e municipais (incluídos aí os recursos de remuneração dos serviços privados contratados).

É conveniente referir que a proposta aqui apresentada não configura intenção de estatização ou eliminação da iniciativa privada no setor. Contudo, deve ficar claro que o sistema de que se está tratando é aquele financiado com o recurso público e dirigido a todos os brasileiros. Assim, as normas vigentes no relacionamento necessário do poder público com o setor privado deverão ser subordinadas aos requisitos técnicos e financeiros para uma cobertura assistencial universal e igualitária e cujas condições podem ou não ser aceitas pelo contratante para efeito de participação ou não no sistema público de prestação de serviços de saúde. Não se trata aqui da livre iniciativa, financiada diretamente pelo recurso particular, individual ou cooperativo (seguro), que, não ferindo os preceitos éticos, pode organizar-se livre e independentemente da tutela do Estado.

REORDENAMENTO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE: VISÃO GERAL

EUGÊNIO VILAÇA MENDES
Consultor Nacional da Organização
Pan-Americana de Saúde

I. INTRODUÇÃO

Inicialmente, há que se reconhecer que a saúde não pode ser reduzida ao conjunto de intervenções de natureza médica, preventivas, curativas ou reabilitadoras, ofertadas por serviços de saúde. Mais que isso, o termo saúde expressa a qualidade de vida de uma população, num dado espaço e num dado momento, refletindo suas condições objetivas de vida, que têm sua origem num patamar transcendente à simples oferta e consumo de serviços médicos.

Falar de saúde implica, portanto, uma indagação permanente dos seus determinantes políticos, econômicos, culturais e sociais e a inserção, na política de saúde, de novos espaços sociais como os da educação, meio ambiente, previdência, emprego, habitação, alimentação e nutrição, lazer e esporte.

Saúde será a resultante da ação articulada desses diferentes setores e o eixo integrador dos setores sociais com as políticas econômicas.

O entendimento dessa real dimensão da saúde não deve, contudo, implicar a negação de que ela abriga um componente de serviços médicos que, sem perder o referencial macro esboçado e as interfaces que guarda com as outras políticas sociais, para fins práticos, pode ser tratado nas suas especificidades de modo a contribuir, com as modificações que são necessárias, para a melhoria da qualidade de vida da população.

Mesmo porque não se pode, mecanicamente, transportar para o Brasil, país que vive um momento de transição epidemiológica, a abundante crítica sobre a ineficácia dos serviços de saúde, especialmente aquela produzida nos países capitalistas centrais, onde o perfil nosológico é distinto do nosso (*).

Fica claro, então, que o objetivo do presente trabalho é a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, entendido como a forma que se articulam, entre si e com o Estado e a sociedade, as diferentes modalidades assistenciais de prestação de serviços médicos preventivos, curativos e reabilitadores.

Porque é, assim também, que se lhe decodifica nas intenções do ato convocatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde. O que não significa desconhecer que esse fórum, por sua importância e por sua oportunidade, não deva ser a arena política onde atores sociais comprometidos com os interesses reais de nossa população desfraldem

---

(*) O que não significa adotar uma postura de desconhecimento da relativa ineficácia do modelo hegemônico de prática médica, a medicina científica ou flexneriana. Ver, a propósito, MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica**. Belo Horizonte, FINEP/PUCMG, 1985.

a bandeira de uma Reforma Sanitária que garanta, como direito de cidadania, no próximo contexto constitucional, condições de vida expressas na materialidade da educação, da habitação, do saneamento, da alimentação e nutrição, do esporte, do lazer, do emprego, da previdência social e da assistência médica.

II. SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE – CONFORMAÇÃO, INSTITUCIONALIZAÇÃO E CRISE ATUAL

As conformações que adquirem, espacial e temporalmente, o Sistema Nacional de Saúde, são produtos de uma multiplicidade de processos que se expressam, de uma parte, na autonomia relativa da prática e, de outra, ao nível dos conjuntos sociais em que essa prática se constitui e se processa. Vale dizer que as práticas, estruturadas sob as formas de modalidades assistenciais, representam construções sociais que resultam, historicamente, da intervenção do pessoal de saúde, bem como dos diferentes setores sociais que se constituem numa dada sociedade. Por conseqüência, os sistemas de saúde, ainda que se movendo com uma relativa autonomia modificam-se, historicamente, no sentido de se ajustarem à evolução e às crises cíclicas das sociedades a que pertencem.

No caso brasileiro, parece haver poucas dúvidas de que o sanitarismo campanhista (*), localizado no complexo Ministério da Saúde – secretarias estaduais e municipais – constituiu-se na prática hegemônica até a consolidação do processo de industrialização, no governo Kubitscheck (**). Paralelamente, mas de forma limitada, a partir do início da década de 40, como resposta ao esforço de guerra, surgiu um novo sanitarismo – que poderia ser denominado de sanitarismo dependente – cujo **locus** institucional foi a Fundação SESP e que, por razões econômicas, não pôde se hegemonizar. Houve um momento, é verdade, do discurso do sanitarismo desenvolvimentista, no período 60/64, mas que não chegou a se implementar apesar de, doutrinariamente, ter dado a tônica dos documentos oficiais daquela época.

O processo de industrialização, que pôs fim ao modelo econômico agroexportador, induziu ao aparecimento da assistência médica da Previdência Social, e foi por volta do ano de 1965, que os gastos em assistência médica da Previdência Social ultrapassaram, pela primeira vez, os do Ministério da Saúde, onde se exercitava o sanitarismo campanhista.

Observou-se, então, um movimento simultâneo de crescimento da atenção médica da Previdência Social e de esvaziamento progressivo das ações de saúde pública tradicionais, o que levou a conformação e hegemonização do modelo médico-assistencial privatista (*), entendido como aquele de gerência estatal, com ênfase na atenção médico-hospitalar executada por agentes privados, ausência de participação dos trabalhadores no processo decisório e centralização da normatização e dos recursos financeiros no nível federal.

A construção desse modelo – já que, originalmente, a tradição do estado brasileiro era de prestar serviços diretamente – teve sua origem ideológica numa tecnocracia modernizante que se instalou na Previdência Social e pôde se consolidar pelas modificações da natureza do Estado brasileiro pós-64, levando a uma série de reformas e contra-reformas que, segundo Silva (**), resultaram em:

(*) Para um aprofundamento dos modelos de sanitarismo, ver: LUZ, M.T. **As instituições médicas no Brasil**. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

(**) As razões de hegemonia do sanitarismo e de sua superação estão bem detalhadas em BRAGA, J. C. & GÓES DE PAULA, **S. Saúde e Previdência, Estudos de Política Social**. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1981.

(*) Expressão utilizada por LUZ, M.T., 1979, op. cit.

(**) SILVA, P.L.B. O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: a análise política da intervenção estatal em atenção à saúde no Brasil na década de 70. **Cadernos FUNDAP**, 3:27-50, 1983.

a) "A exclusão da classe trabalhadora das decisões nessa área, bem como dos projetos alternativos a uma política de caráter assistencial, adotando-se simultaneamente uma visão restrita em termos de saúde pública e de dominância da atenção médico-hospitalar no campo de assistência médico-previdenciária;
b) A criação do INPS que passa a gerir a assistência médico-previdenciária prestada, até então, pelos diferentes Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões, com o conseqüente desenvolvimento de mecanismos de centralização do processo decisório, do financiamento e da implantação dos programas em atenção à saúde no aparato estatal e a nível federal;
c) A orientação para a compra de serviços ao setor privado no campo de assistência médico-previdenciária, como resultado da articulação desse setor com segmentos burocráticos que passam a gerir tal politica, com ausência de controle de suas ações por parte das classes trabalhadoras;
d) A tendência da assistência médico-previdenciária de caráter médico-hospitalar a tornar-se o pólo predominante da intervenção estatal em atenção à saúde, reservando para a atenção médico-sanitária um lugar secundário nas prioridades do governo;
e) A inexistência de uma articulação adequada entre as diretrizes de política econômica e o desenvolvimento social, no sentido da criação de mecanismos de financiamento que "alavancassem" o desenvolvimento de programas em atenção à saúde a partir do orçamento fiscal."

Esse modelo médico-assistencial privatista, dado a sua concomitância com o período do "milagre" econômico e com uma situação de estabilidade autoritária, consolidou-se pela ação solidária dos atores relevantes, a tecnoburocracia estatal e os produtores de serviços (as empresas médicas) e de bens (principalmente as empresas produtoras de equipamentos e medicamentos), o que conduziu à sua expansão através do aumento paulatino da clientela previdenciária.

Cabe sublinhar que o próprio mecanismo da remuneração dos serviços contratados ao setor privado – as unidades de serviço – ao ter o seu valor variável segundo a complexidade e a densidade tecnológica do ato médico facilitava, a um tempo, o processo de capitalização das empresas médicas e da incorporação de tecnologia.

Assim é que, em 1971, instituiu-se o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL) gerido pelo FUNRURAL e, em 1972, incluíram-se, na Previdência Social, os empregados domésticos e os autônomos.

Ao tempo em que se ampliava o âmbito da ação da Previdência Social, desnudava-se o caráter discriminatório da política de saúde, na medida em que ficavam claras as desigualdades no acesso, qualitativo e quantitativo, entre as clientelas urbanas e entre estas e as rurais (*). O que expressava, no campo sanitário, o que se estatuía na Lei Orgânica da Previdência Social, de 1960, reiterado, posteriormente, na Constituição de 1967/69, onde o direito à assistência médico-hospitalar só é garantido aos beneficiários previdenciários.

Esse movimento de ampliação do seguro social estabeleceu entre a previdência social e os setores privado e filantrópico, diferentes relações de financiamento o que possibilitou, por sua vez, a emergência de diferentes modalidades assistenciais com o conseqüente fracionamento dos grupos de interesses.

Em 1971, através do Decreto nº. 68.806, o governo cria, vinculada diretamente à

(*) O Decreto nº 73.617/74, que aprovou o Regulamento do PRORURAL, estabelece que a assistência hospitalar a beneficiários rurais só poderá ser prestada por entidades não lucrativas, sob a forma de subsídio fixo.

Presidência da República, a Central de Medicamentos e, em 1973, é formulado seu plano diretor, que encorajava o desenvolvimento da indústria farmacêutica nacional com o "objetivo de não privar da proteção do Estado faixa alguma da população brasileira". Em 1975, a CEME, através do Decreto nº 75.935, passou à condição de órgão autônomo do MPAS, reduzindo sua importância política e limitando sua esfera de ação.

A partir de 1974, findo o período de expansão econômica e iniciada a abertura política gradual, iniciaram-se os questionamentos à política social do governo com a entrada, em cena, de outros atores políticos.

Daí que, sob as diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento, tomam-se as seguintes medidas: criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (Lei nº 6.034/74) ; formulação do Plano de Pronta Ação (PPA), com o objetivo de universalizar a atenção de urgência; criação do Conselho de Desenvolvimento Social (Lei nº 6.118/74); criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS – instrumento financeiro destinado a financiar o investimento fixo setorial.

A ação concomitante do PPA e do FAS representou, na verdade, um mecanismo fortalecedor do setor privado, aquele abrindo mercado e, este, garantindo a expansão física com recursos subsidiados, especialmente na área hospitalar.

É de ver-se que, em 1969, havia 74.943 leitos privados no país e, em 1984, eles chegam a 348.255, ou seja, num período de 24 anos, há um crescimento da rede hospitalar privada de 465%, bem superior ao incremento populacional.

Uma análise dos financiamentos do FAS (*), realizado em 1977/78, mostrou que, ao contrário da educação, 79,7% dos projetos aprovados pela diretoria da Caixa Econômica Federal eram destinados ao financiamento do setor privado e que um terço dos recursos estavam entre as faixas IV e V, indicando elevado grau de subsidiamento. Ademais, o financiamento do FAS contribuiu para uma concentração de leitos hospitalares já que 47% eram localizados na Região Sudeste, o que correspondeu a 50,1% do montante dos recursos empenhados. Mais ainda, os financiamentos privilegiavam a rede hospitalar (73,8%) em relação às unidades ambulatoriais (4,9%).

Esse é um momento importante para configurar um padrão de desenvolvimento de um setor privado da saúde que tem características absolutamente especiais – capital fixo subsidiado, mercado cativo e, portanto, baixo risco empresarial.

Por sua vez, são nítidas as correlações entre o PPA e o crescimento de uma nova modalidade assistencial que surgia, a medicina de grupo, viabilizada pelo convênio-empresa.

Em 1976, com base nas diretrizes do II PND e tendo como referencial doutrinário a teoria de sistemas, surgiu a Lei nº 6.229, que criou o Sistema Nacional de Saúde, definindo as competências da União, através de seus diferentes ministérios, dos estados e dos municípios.

Além disso, essa lei consolidou a divisão dos espaços institucionais que vinham se delineando. Assim é que, sob os eufemismos de atenção à saúde coletiva e à saúde das pessoas – o que consagrava a separação entre ações preventivas e curativo-reabilitadoras – reservaram-se as ações de saúde pública (não rentáveis) para o complexo Ministério – secretarias estaduais e as ações de atenção médica (lucrativas) para o setor privado, intermediado pela Previdência Social.

Em 1977, através da Lei nº 6.439, criou-se o Sistema Nacional da Previdência Social – SINPAS – que, conjuntamente com a Constituição de 1967/69 e a Lei

(*) Ver BRAGA, J. C. de S. & GÓES DE PAULA, S. Op. cit., p. 125-132.

nº 6.229, compõe a base legal do atual Sistema Nacional de Saúde.

Essa lei surgiu em sintonia com a Lei nº 6.229, e resultou do movimento de organização da Previdência Social que tem motivação racionalizadora buscando, ao mesmo tempo, garantir a expansão da população beneficiária e a centralização administrativa.

Nasceu, então, no contexto de um processo de especialização das organizações previdenciárias, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS.

O modelo assistencial gestado, ao privilegiar as ações médico-hospitalares da medicina flexneriana, consolidou um sistema de alto custo que excluiu, de seus benefícios, grandes contingentes populacionais, especialmente aqueles que viviam nas periferias das cidades e nas zonas rurais.

Por outro lado, os quadros político, econômico e sanitário criavam as condições para um questionamento crescente ao modelo médico-assistencial privatista.

Daí que, a partir do início da década de 70, começa a se esboçar, em nosso país, ainda que limitado ao espaço institucional da saúde pública, o movimento do programa da atenção primária ou da extensão da cobertura (*).

Tratava-se de desenvolver e expandir um modelo médico, de baixo custo e complementar ao hegemônico, capaz de dar alguma resposta àquelas populações marginalizadas.

Em escala, esse movimento iniciou-se com os projetos dos Sistemas Integrados de Saúde do Norte de Minas e de Caruaru.

Em 1976, surge o primeiro programa de extensão de cobertura a nível federal, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), abrangendo a região de jurisdição da SUDENE. Em 1979, o PIASS foi estendido para todo o território nacional, adaptando-se o modelo adotado no Nordeste às peculiaridades das outras regiões, o que resultou numa grande expansão de rede ambulatorial pública.

No período 1975/1984 o número de unidades ambulatoriais públicas passou de 1.122 para 13.739, num crescimento de 1225%.

No inicio de 1980, convocou-se a 7ª Conferência Nacional de Saúde cujo tema foi a implantação de uma rede básica de serviços de saúde.

Com base técnica no PIASS e respaldo político na 7ª Conferência surgiu, em agosto de 1980, a primeira versão do ambicioso projeto denominado Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), patrocinado pelos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social e que tinha como objetivo a universalização dos cuidados primários de saúde em todo o território nacional, através de uma articulação interinstitucional que envolveria as entidades públicas e aquelas do setor privado que atendessem a determinados critérios.

O que havia de novo no PREV-SAÚDE é, exatamente, que ele deixava o espaço restrito do complexo da saúde pública, para se transformar numa proposta de coordenação interinstitucional entre diversos ministérios e as secretarias estaduais e municipais de saúde o que, timidamente, já se esboçara no PIASS.

Estavam criadas as condições para que a Previdência Social incorporasse os elementos temáticos mais significativos da proposta da atenção primária.

Apesar das sucessivas revisões introduzidas no texto original pelo Grupo Técnico Interministerial, o projeto, por força das reações que surgiram na burocracia estatal, especialmente em nível da Presidência do INAMPS, e no setor privado organizado – FBH, AMB e ABRAMGE – foi analisado pela CIPLAN e encaminhado à Comissão

(*) A interpretação de atenção primária como programa será retomada no próximo capítulo deste trabalho.

de Saúde da Câmara, de onde não mais sairia.

A ausência de uma postura estratégica facilitou a ação dos “anéis burocráticos" (*) criados ao longo da conformação do Sistema Nacional de Saúde no sentido de inviabilizar a proposta do PREV-SAÚDE.

Contribuíram, também, as diretrizes da política econômica do governo que levaram a um desaquecimento da economia e a própria crise financeira da previdência social.

O quadro de estagflação que se manifestou, mais agudamente, a partir de 1981, repercutiu na previdência social, com uma crise que, por algum tempo, se transformou em problema político da maior importância no Brasil e, isso, levou o governo a criar um organismo institucional, sobreposto ao INAMPS, ao qual competiria estudar e propor soluções para o setor de despesas compressíveis da Previdência Social, o da atenção médica.

Este Conselho, criado pelo Decreto nº 86.329, de 2 de setembro de 1981 – o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária, CONASP – tem "por finalidade principal estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária, assim como indicar a necessária alocação de recursos financeiros ou de qualquer outra natureza e propor medidas de avaliação e controle do sistema de atenção médica". Tudo isso, mais uma vez, na ótica de uma proposta eficientizadora dos recursos da Previdência Social.

O CONASP passou, então, a tomar medidas de curto prazo e de caráter emergencial, visando a reduzir os gastos com atenção médica e, especialmente, com atenção hospitalar, seguindo uma política que, historicamente, a previdência social realiza em nosso país, ou seja, aquela de "abrir e fechar torneiras" segundo o seu fluxo de caixa.

Ao mesmo tempo, propôs um Plano de Reorientação de Assistência à Saúde, no âmbito da previdência social, cujas diretrizes políticas foram aprovadas pela Portaria nº 3.062, de 23 de agosto de 1982, do Ministro da Previdência e Assistência Social.

O que singulariza esse plano é que o lugar da normatização da atenção médica deixou, definitivamente, o Ministério da Saúde para se localizar na instituição que, de fato, tem condições de implementar políticas, dado o volume de recursos que manipula, o INAMPS.

Uma análise comparativa das temáticas discursivas das diferentes versões do PREV-SAÚDE e do Plano de Reorientação do CONASP mostra um movimento crescente dos componentes racionalizadores em detrimento dos elementos democratizadores.

O Plano do CONASP colocou, como objetivo final, a integração das ações de saúde, mas se desdobrou, de fato, em vários projetos eficientizadores que tiveram, como objetivos comuns, a previsibilidade orçamentária.

Dos 34 projetos originalmente propostos, 2 receberam atenção especial.

O primeiro, o Plano de Contas Hospitalares levou ao SAMHPS (AIH's), que se implantou rapidamente porque implicava em alto conteúdo disciplinador dos excessivos gastos em internações hospitalares.

O segundo, o Plano de Racionalização Ambulatorial, que tinha como alvo propiciar condições para o desenvolvimento de uma rede ambulatorial que pudesse aliviar, relativamente, a demanda hospitalar.

O Plano de Contas Hospitalares resultou na diminuição das internações que, em 1981, tiveram a média mensal de 1.299.461 e que, em 1985, caíram para, aproximadamente, 750.000.

O Plano de Racionalização Ambulatorial, contudo, não teve, inicialmente, o mesmo ritmo de implantação do SAMHPS,

(*) O conceito de anéis burocráticos se aplica bem no campo da organização sanitária brasileira e é desenvolvido por CARDOSO, F. H. **O modelo político brasileiro**. São Paulo, Difusão Européia do Livro, 1972.

e do ponto de vista qualitativo, o estado autoritário o implementou como mais um mecanismo racionalizador e como um programa vertical de atenção médica que tinha o claro objetivo político de, a baixo custo, reduzir as filas intermináveis que constituíam a face visível da crise da previdência social, no setor de assistência médica.

O contexto de crise econômica mudou a situação política. Em novembro de 1982 elegeram-se, em pleitos diretos, vários governadores de oposição e houve uma agilização do processo de redemocratização de país, o que levou à acentuação dos conflitos e contradições, uma vez que as medidas econômicas de cunho recessivo chocaram-se com crescentes manifestações de atores sociais, até então com restrita participação na cena política.

A campanha por eleições diretas vai desaguar no movimento que leva, à presidência, o governador Tancredo Neves.

Esse foi um momento de intenso questionamento da política de saúde e de extrema riqueza quanto à formulação de propostas alternativas (*).

A Nova República se instalou sob o consenso da crise setorial e da necessidade de sua superação e o dissenso a respeito das alternativas de solução o que, de certa forma, expressou, no campo da saúde, os diferentes projetos de transição democrática existentes no interior da frente política constituída pela Aliança Democrática.

A consensualidade da crise da organização sanitária brasileira se manifesta, numa leitura mais técnica, nos seguintes fatos:

a) Desigualdade no acesso aos serviços de saúde;

b) nadequação dos serviços à estrutura de necessidades;

c) Baixa produtividade dos recursos existentes;

d) Crescimento elevado e descontrolado dos custos;

e) Qualidade insatisfatória dos serviços;

f) Inadequada estrutura de financiamento setorial;

g) Ausência de integralidade das ações de saúde;

h) Extrema diversidade das formas de produção e remuneração dos serviços;

i) Multiplicidade e descoordenação das instituições com atuação no setor;

j) Excessiva centralização do processo decisório;

k) Ineficácia social do sistema.

Uma outra leitura, de conotação mais política, demonstra a insatisfação dos usuários, dos produtores de serviços, individuais ou coletivos, das corporações profissionais e da burocracia estatal (*).

Ao nível das condições de saúde, parece haver poucas dúvidas que se pode detectar uma tendência à expansão de certas doenças de alta vulnerabilidade à tecnologia existente e que permanecem baixos níveis de saúde, com grande variabilidade entre regiões e classes sociais (**).

Entretanto, a multiplicidade de atores sociais envolvidos no sistema e os conflitos de interesses, condições políticas conjunturais e a falta de uma clara estratégia sobre a transição democrática derivaram as ações de reformulação da organização sanitária brasileira, nesse primeiro ano da Nova República, para sua adjetividade, esperando-se que mudanças substantivas decorram

(*) Consulte-se, a propósito, CEBES, Saúde em debate, julho de 1985, que documenta as propostas mais significativas.

(*) Essa situação de insatisfação generalizada era, retoricamente, expressada pelo ex-Secretário de Saúde, Deputado Faria Tavares, assim: "hospitais em falência, doentes nas filas e médicos em greve".

(**) 7 milhões de chagásicos, 6 milhões de portadores de esquistossomose, 500.000 hansenianos, 1.200.000 acidentes de trabalho ao ano, 150.000 casos novos de malária por ano, 40 milhões de desnutridos, 100.000 casos/ano de doenças evitáveis por imunizações, mortalidade infantil de 90 por mil nascidos vivos, diferença de até 30 anos entre as esperanças de vida ao nascer de um nordestino e um sulista, são exemplos da ineficácia do Sistema Nacional de Saúde.

de discussões mais amplas e, portanto, mais democráticas, na 8ª Conferência Nacional de Saúde e, principalmente, no Congresso Constituinte.

Nada obstante, alguns avanços significativos ocorreram, especialmente, a concepção de Ações Integradas de Saúde como uma estratégia, a sua expansão para estados e municípios (*), a acumulação de forças pelos grupos políticos favoráveis às AIS, a elaboração de uma programação integrada, o aperfeiçoamento dos mecanismos de controle dos gastos públicos, o controle das fraudes, o incremento da produção nacional de imunobiológicos, o incentivo à pesquisa científica e tecnológica, as experiências bem-sucedidas de municipalização dos serviços, a transferência da CEME para o Ministério da Saúde etc.

Mas a substantibilidade das mudanças necessárias não pode ser tocada. Daí, a importância que assume a 8ª Conferência Nacional de Saúde como arena política onde estarão representados todos os segmentos sociais interessados na reformulação do Sistema Nacional de Saúde – produtores, prestadores e consumidores de serviços, burocracia estatal, academia e políticos – discutindo, aberta e democraticamente, os rumos da reformulação e o sentido da sua organicidade.

III. A DOUTRINA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (*)

Parece importante, ao discutir a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, considerar as implicações que pode ter, máxime em nível político-ideológico, como vertente externa ao processo brasileiro, analisado no capítulo anterior, a doutrina da atenção primária em saúde e suas possíveis decodificações teóricas e operacionais.

Essa doutrina tem suas origens nas experiências de medicina comunitária desenvolvidas em vários continentes mas se institucionalizou na Conferência Internacional, sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (**).

Subseqüentemente, a Assembléia Mundial da Saúde, em 1979, através da Resolução WHA 32.30, instou a todos os estados-membros a definirem e porem em prática estratégias nacionais, regionais e globais tendentes a alcançar a meta de "Saúde para Todos no Ano 2.000".

Em 1980, o Conselho Diretivo da Organização Pan-Americana da Saúde aprovou, para as Américas, as estratégias para alcançar a Saúde para Todos no Ano 2.000 (*).

A experiência acumulada, a nível continental nas Américas, nos processos de instrumentação da estratégia de atenção primária permite constatar a coexistência de diversas interpretações de seu significado, o que traz implicações concretas enquanto a seus aspectos operacionais.

Tais variações na interpretação do significado de atenção primária se explicam, em uma parte, pela história mesma de como se gesta e evolui esse conceito até alcançar o patamar de uma estratégia idônea para se atingir a imagem-objetivo de "Saúde para Todos no Ano 2000" e, em outra, pela ambiguidade de algumas de suas definições

---

(*) Ao final de 1985, as AIS atingiam 644 municípios brasileiros onde vive 67% da população brasileira, isto é, 91 milhões de pessoas.

(*) O presente capítulo aproveita, grandemente, uma tradução livre, de responsabilidade do autor deste trabalho, do documento: OPAS/OMS – **Notas sobre las implicaciones de la meta SPT/2000, la estrategia de atención primária y los objetivos regionales acordados, para la planificación y administración de los sistemas de serviços de salud**. Washington, mimeo, 1984.

(**) OMS/UNICEF – Cuidados primários de saúde. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia**. Brasília, UNICEF, 1979.

(*) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Salud para todos en el año 2000. Estratégias**. Washington, Doc. of. n° 137, 1980.

formais estabelecidas em foros internacionais e pelo uso diferenciado que fazem, desde larga data, do termo “atenção primária", algumas escolas de pensamento em saúde.

Com o único propósito de facilitar a análise das implicações formais e funcionais dessas variações de interpretações, se lhes sistematiza – ainda que reconhecendo que, no campo prático, não são mutuamente excludentes – nos seguintes grupos:

a) A atenção primária como uma estratégia de reordenamento do setor saúde, o que significa afetar e compreender todo o sistema de saúde e toda a população a que esse sistema supõe servir;

b) A atenção primária como um programa com objetivos restringidos especificamente a satisfazer algumas necessidades elementares e previamente determinadas, de grupos humanos considerados em extrema pobreza e marginalidade, com recursos diferenciados, de complexidade tecnológica e custos mínimos;

c) A atenção primária como um nível de atenção do sistema de saúde.

A análise das implicações desses três tipos de interpretações deve, obviamente, estar orientada e referida pela doutrina de "Saúde para Todos no Ano 2000” e pelos objetivos daí derivados pelos governos dos países americanos que situam, ecologicamente, esses princípios no continente.

Nesse sentido, parece legítimo inferir que a interpretação da atenção primária como um nível de atenção limita seu significado a uma noção de tipo técnico-administrativo, sobre como "deve ser" o contato de indivíduos e/ou grupos de indivíduos com o sistema de saúde e sobre seus eventuais trânsitos no interior desse sistema. Esta acepção de atenção primária se confunde, ademais, com a noção de níveis de atenção que integra o conteúdo operacional da interpretação da atenção primária como estratégia.

O segundo nível de entendimento instrumental da atenção primária – mais amplo que o anterior mas, ainda, limitado – é o de considerá-la como programa específico.

Essa interpretação de programa tem implicações de suma importância, uma vez que, por definição, é inconsistente e oposta ao requisito de eqüidade reiteradamente expresso, tanto nas definições formais acordadas pelos governos, como nas considerações funcionais da doutrina de "Saúde para Todos no Ano 2000" e na própria estratégia de atenção primária.

O resultado concreto dessa interpretação é a definição e desenvolvimento de programas marginais, com recursos marginais, dirigidos a populações marginalizadas de regiões marginalizadas e, portanto, significam, na concretude de sua operacionalização, o reconhecimento, explícito ou implícito, de que o papel possível do Estado é prover uma política setorial discriminatória que vai consolidar as desigualdades pessoais ou regionais presentes ao nível da sociedade nacional. Em outros termos, interpretar atenção primária como programa implica reconhecer a impossibilidade de superar as desigualdades relativas, enquanto ao acesso aos serviços de saúde e às possibilidades de adoecer, morrer ou incapacitar-se, das diferentes classes sociais, nas diversas regiões do país.

Essa interpretação de atenção primária tem sido, até o momento, a mais encontradiça nos países em desenvolvimento das Américas e se materializa na proposta político-ideológica da medicina simplificada, entendida como uma prática médica não hegemônica, complementar à medicina flexneriana, destinada a populações marginalizadas de regiões marginalizadas, a quem se oferecem tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional, sem possibilidades de referências a níveis de maior complexidade tecnológica, incluindo a retórica da participação comunitária.

Mais recentemente, aparecem movimentos que pretendem exercitar uma simplificação da medicina simplificada através da concentração dos recursos em um conjunto restrito de tecnologias de alto impacto na mortalidade e de baixo custo. Assim é, por exemplo, a denominada "estratégia de sobrevivência infantil" que utilizando, para populações de baixa renda, a terapia de reidratação oral, o controle de crescimento e desenvolvimento das crianças, o incentivo à amamentação materna, a imunização em larga escala e a suplementação alimentar, com base na "participação comunitária", propõe-se a reduzir, significativamente, a mortalidade infantil.

A atenção primária enquanto programa, se adotada como política oficial, irá contradizer o discurso democratizador que, comumente, adorna as proposições oficiais e que representa, ao contrário, o reconhecimento de que, a cidadãos (ou a pré-cidadãos?) e a regiões tidas como de segunda categoria, devem se ofertar uma prática médica, também de segunda categoria.

Fica claro, portanto, que as interpretações da atenção primária, seja como nível de atenção, seja como programa específico, desconsideram as possibilidades de equalização do acesso aos níveis de tecnologia mais complexos.

Finalmente, a conceituação de atenção primária como uma estratégia – a mais justa e democrática – que compreende e afeta a todo o sistema de saúde e a toda a população e que constitui a interpretação correta da doutrina de "Saúde para Todos no Ano 2000".

Não obstante, é oportuno aprofundar a análise de alguns de seus pressupostos básicos pelas implicações conceituais e instrumentais que têm enquanto ao planejamento e administração dos sistemas de saúde.

Em primeiro lugar é necessário e legítimo admitir que a concepção de atenção primária como uma estratégia se inscreve como um típico problema econômico: escassez relativa de recursos de uso múltiplo e alternativo para satisfazer objetivos e necessidades múltiplas de uma dada sociedade, constituída por diferentes grupos humanos com desiguais oportunidades para expressar e satisfazer aspirações específicas, num momento dado e num determinado espaço. A atenção primária se constitui, então, em uma estratégia porque se propõe a resolver o problema mencionado, mediante uma determinada maneira de apropriar, recombinar, reorganizar e reorientar todos os recursos (disponíveis e previsíveis), de todo o setor saúde para satisfazer às necessidades e aspirações, na área sanitária, de toda a sociedade, devidamente hierarquizadas em função dos requisitos de "Saúde para todos no Ano 2000".

Desde uma perspectiva estritamente técnico-administrativa, a possibilidade dessa estratégia se fundamenta na hipótese, comprovada empiricamente de que é possível resolver, com eficácia satisfatória, determinados conjuntos de problemas de saúde com combinações de recursos de acordo com certas tecnologias de distintas complexidades e, conseqüentemente, com distintos custos sociais. Postula-se que há uma correspondência entre a complexidade dos problemas de saúde e a complexidade e o custo social das composições tecnológicas capazes de resolvê-las.

Por outra parte, a comprovação empírica também parece sustentar a hipótese de que os problemas de saúde de menor complexidade têm maior freqüência relativa que os mais complexos.

Deduz-se daí a possibilidade de satisfazer os problemas de saúde, de uma população dada, organizando os "níveis de atenção" que minimizem o custo social da satisfação do conjunto de suas necessidades. Desta maneira, a atenção primária, entendida como estratégia, implica a organização dos serviços em base a níveis de atenção mas, de modo algum, significa a restrição a um nível mínimo.

A noção de nível de atenção está ligada ao conceito "tecnologia apropriada", entendida como a combinação de recursos que minimiza o custo social da solução eficaz de um problema de saúde. Está, portanto, combinada à condição de eficácia pelo significado econômico-social dos recursos que consome.

Assim, uma tecnologia de ponta, com alta densidade tecnológica, deve ser considerada como uma "tecnologia apropriada" desde que tenha eficácia comprovada e seja utilizada no nível de atenção adequado (por exemplo, um aparelho de tomografia usado, criteriosamente, com indicações precisas, por um hospital universitário).

Dessa forma, o conceito de tecnologia apropriada da atenção primária enquanto estratégia é, fundamentalmente, diferente daquele da atenção primária enquanto programa onde ela significa tecnologia de baixo custo, dirigida a grupos populacionais e/ou regiões marginalizadas, concorde com a cultura local, que utilize recursos locais, que seja pequena em escala, que seja entendida, controlada e mantida por pessoal local sob baixo nível de supervisão e que use fontes locais de energia.

Não se queira entender dessas colocações uma posição contrária à pesquisa e à incorporação de tecnologias mais simples e de baixo custo. Ao contrário, desde que tenham eficácia comprovada, utilizadas no nível de atenção adequado e que não se destinem, discriminatoriamente, a grupos e/ou regiões marginalizadas, ou seja, que possam ser universalizadas no seu uso, essas tecnologias serão, sempre, apropriadas.

De tudo que se tentou explicar sobre a significação da doutrina de atenção primária como estratégia, se pode concluir que, na sua correta interpretação, ela, ainda que privilegiando, relativamente, grupos populacionais marginalizados do acesso à saúde, incide sobre todos os níveis de atenção, alcança todos os recursos, de todas as instituições – incluindo os setores filantrópico e privado – e abrange a toda a população, num processo que pretende reorganizar o setor saúde num país.

O entendimento das decodificações possíveis da atenção primária torna-se fundamental para enquadrar as políticas de saúde do governo, seja no referencial de sua democratização, seja como política compensatória concretizadora das desigualdades sociais. Bastará verificar se se adota a proposta da estratégia ou a do programa.

IV. AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO AUTORITARISMO E O DILEMA DA NOVA REPÚBLICA

O Estado autoritário brasileiro utilizou uma dicotomia entre o econômico (o hegemônico) e o social (o subsidiário) no processo de formulação e implementação das políticas públicas, a qual se manifesta na própria concepção institucional do planejamento governamental (Conselho de Desenvolvimento Social, para os aspectos sociais do desenvolvimento e Conselho de Desenvolvimento Econômico, para as questões econômicas).

A dissociação das distintas facetas do desenvolvimento tem o objetivo de facilitar a dinâmica de acumulação capitalista, na sua etapa monopolista, onde o capital passa a se reproduzir, também, no interior dos setores sociais.

Desta forma, a substantibilidade das políticas sociais deriva de seu objeto para se inserir no campo econômico, seja pelo consumo de mercadorias, seja pela mercantilização dos próprios serviços sociais, seja ainda pela reprodução da força de trabalho.

Conseqüentemente, assumem uma acessorialidade no terreno social, exercitando-se como políticas compensatórias que têm como objetivo minorar os efeitos adversos, sobre certas classes sociais e/ou sobre certas regiões, dos resultados perversos de um desenvolvimento desequilibrado.

O Estado autoritário brasileiro, nitidamente, optou por políticas sociais que foram perpetuadoras de desigualdades, ao oferecer políticas diferentes para populações e/ou regiões diferentes (urbanização de favelas, sistemas simplificados de abastecimento de água, suplementação alimentar a grupos de risco etc.).

São formas alternativas encontradas, pelo Estado, para resolver a contradição que existe entre as exigências político-ideológicas de expansão das políticas sociais e o incremento dos custos dessas políticas num quadro geral de "crise fiscal".

Um exemplo típico desse modo de atuação do Estado autoritário brasileiro foi a política de saúde.

Todo o movimento de conformação da organização sanitária brasileira, referido no capítulo II, levou a um sistema múltiplo, com modalidades assistenciais diferenciadas por clientelas. E, para os marginalizados, adotou-se a atenção primária como um programa de medicina simplificada, com todas as implicações que essa interpretação daquela doutrina traz, especialmente como consolidadora da desigualdade no acesso aos serviços de saúde.

Essa foi, no campo setorial, a herança que o regime autoritário deixou e que cabe à Nova República considerar e responder.

Superar o caráter compensatório da política de saúde ou permanecer nele, ainda que o mascarando com mudanças adjetivas, eis o dilema do governo de transição democrática.

Permanecer significa legitimar condições de pré-cidadania (*) e prescrever o direito discriminatório à saúde. Implica em adotar a doutrina do seguro social que assegura assistência médica somente àqueles que a ela se habilitaram através de contribuições pretéritas. Importa exercitar diferentes modalidades assistenciais para diferentes clientelas, em decodificar a atenção primária como um programa, em ofertar a medicina simplificada para certas classes sociais e, até mesmo, em regredir ao assistencialismo (**).

Superar será contabilizar a imensa dívida social acumulada (***), estabelecer um patamar de cidadania que esteja vinculado à conquista de direitos sociais universais. Será, também, eliminar a submissão do social ao econômico e reconhecer a pertinência de uma Reforma Sanitária.

Basta, para isso, dar conseqüência ao lema da Nova República – saúde como direito de cidadania e dever do Estado.

Trazido para o campo da saúde, o direito de cidadania é o reconhecimento tácito de acesso de todos, em todas as regiões, a um mesmo sistema de saúde. Ou seja, que todos os cidadãos tenham direito aos serviços e a todos os tipos de serviços de saúde, em todos os lugares.

Mas o mote só terá significação se se complementar com a afirmação de que saúde é um dever do Estado, sem o que os ideais de universalização e eqüidade ficam destituídos de sentido.

Colocar a saúde como dever do Estado não quer dizer estatizá-la, mas reconhecer o seu caráter de serviço público e o papel

(*) Para um aprofundamento dos padrões de cidadania, verificar :
TEIXEIRA, S.M.F. **Cidadania, direitos sociais e estado**. Rio de Janeiro, mimeo, 1985.

(**) As ações do governo da Nova República no campo das políticas sociais parecem apontar, concretamente, nesta direção. É de se esperar que tais políticas mantenham seu caráter emergencial de curtíssimo prazo, sem se consolidarem como tais. BRASIL/SEPLAN. **Prioridades sociais para 1986**. Brasília, SEPLAN, 1985.

(***) A dívida social recebida pela Nova República pode ser expressa por alguns indicadores: 20% da PEA desempregados ou subempregados, extrema e crescente concentração de renda; 37,6% de famílias na faixa de pobreza absoluta; desnutrição elevada, grande incidência de doenças transmissíveis, difícil acesso a atendimento médico-hospitalar e a medicamentos básicos; saneamento precário; carências habitacionais e de infra-estrutura urbana, inclusive transporte; elevada repetência escolar; elevação das taxas de criminalidade urbana; inadequação da estrutura penitenciária e falta de assistência ao pequeno produtor. BRASI L/SEPLAN, op. cit, pp. 9-10.

do Estado como gestor público (*). O que será, na prática, a aceitação do exercício pleno dos poderes normativo, fiscalizador, regulador, extrativo e coercitivo do Estado sobre o conjunto do Sistema Nacional de Saúde – incluindo os setores filantrópico e privado – de modo a recolocá-lo no exercício da substantibilidade de seus objetivos, a melhoria das condições sanitárias da população.

Superar será caminhar do assistencialismo e do seguro social para o direito social universal, será implantar um sistema de saúde que estabeleça a universalização com eqüidade, será interpretar a doutrina da atenção primária como estratégia de reordenação setorial, será negar as propostas da medicina simplificada e as políticas de sobrevivência de grupos de risco.

Transitar de uma política social compensatória para o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e dever do Estado (**) (***) – é o que se postula da Nova República por ser a posição política coerente com os propósitos de uma redemocratização plena.

V. A CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE E O ÂMBITO DE SUA REFORMULAÇÃO

O Sistema Nacional de Saúde foi constituindo-se até se consolidar numa organização plural, onde convivem diversas modalidades assistenciais (*), entendidas como as diferentes formas através das quais se organiza o processo de produção dos serviços de atenção médica.

O surgimento e desenvolvimento das diversas modalidades de serviços de saúde, analisado no capítulo II, levou a que o sistema apresentasse, hoje, como principais características, as seguintes:

a) O Estado afirmando-se, progressivamente, como principal agente financiador do setor e centralizando, cada vez mais, a captação e administração dos recursos financeiros;
b) Os produtores privados nacionais representando os principais agentes prestadores de serviços assistenciais;
c) Os produtores privados internacionais como fornecedores principais de insumos;
d) As reivindicações crescentes dos usuários e a incorporação acelerada de trabalhadores assalariados, pressionando por extensão de cobertura e melhoria da qualidade dos serviços e das condições de trabalho;
e) O baixo impacto desse sistema sobre os níveis de saúde da população e a sua acessibilidade discriminatória às diferentes classes sociais.

Tendo como eixo o trabalho médico, pode-se identificar três modelos de produção de serviços: o isolado, o cooperado ou associado e o empresarial. Esses modelos sucederam-se, historicamente, como hegemônicos, na organização sanitária brasileira. Deve-se assinalar, contudo, que tais modelos não foram substitutivos mas que foram se agregando um ao outro, num processo acumulativo.

O produtor isolado corresponde à modalidade da clínica privada individual. Dentro de sua estratégia de sobrevivência, esses

(*) O conceito de gestão pública é retirado de OFFE, C. **Problemas estruturais do estado capitalista**. Tempo Brasileiro. Rio de Janeiro, 1984.

(**) Este discurso da Nova República está presente em proposta do PMDB e no projeto do I PND. Ver: GRUPO DE TRABALHO PARLAMENTAR SAÚDE- PMDB. **A Nova República e o setor de saúde**. CEBES, 17:42-48, 1985 e BRASIL/SEPLAN – op. cit. p. 16.

(***) Há quem pretenda derivar do direito de cidadania, um dever da sociedade e, não, do Estado. Essa posição doutrinária implica em diluir responsabilidades e transferir para os mecanismos de mercado e para o assistencialismo o atendimento das necessidades de saúde. Na prática, tal posição levaria ao incremento das desigualdades no acesso aos serviços de saúde manifestando-se, no campo setorial, o que, na feliz expressão, o Reitor Christóvam Buarque, da Universidade de Brasília, denominou de uma ação estatal do tipo "Robin Hood às avessas".

(*) A caracterização que se faz, aqui, das modalidades está baseada em: GAP-ACORDO MEC/MPAS/OPS. **Programa de investigação de serviços de saúde**. PISS, Brasília, mimeo, 1982.

produtores isolados desenvolveram, tendo como pano de fundo a ideologia liberal, uma nova modalidade assistencial de convênio com empresas, através do qual o profissional oferece, aos empregados e empregadores, os seus serviços privados a preços preestabelecidos, de comum acordo. Ainda dentro desse modelo caberia acrescentar uma terceira modalidade, a do profissional credenciado pelo INAMPS e trabalhando no seu próprio consultório.

Na produção cooperativa um grupo de vários produtores, até então trabalhando isoladamente, articula-se num esquema cooperativo de produção de serviços para o qual se utilizam dos mesmos equipamentos e instalações empregados em sua prática isolada. São as cooperativas médicas.

Na produção associada, os produtores constituem uma pequena empresa, assumindo os investimentos correspondentes e adiantando capital para a produção de serviços. O exemplo típico dessa modalidade assistencial é o pequeno hospital contratado pelo INAMPS.

Nas formas isoladas, associadas e cooperativas, não há assalariamento médico e as duas últimas constituem modos de resistência da prática liberal na evolução da produção de serviços de saúde. Essa resistência tem seus limites e há um instante em que é superada pela exigência de maiores níveis de produtividade e pelas necessidades de capitalização.

Surge, então, o terceiro modelo, o da produção empresarial, que se caracteriza pela separação do empreendedor e do produtor, até então reunidos na figura do médico e que constitui, hoje, o modelo hegemônico.

O alto nível de investimentos exige uma especialização gerencial separada da prática médica e, assim, o empreendimento de produção de serviços é assumido por entidades públicas, privadas ou filantrópicas. Neste modelo, o trabalho médico passa a ser assalariado. Este modelo admite várias modalidades assistenciais, cujas mais relevantes são:

– Serviços próprios dos estados: Ministério da Saúde, Educação, Previdência e Assistência Social, Forças Armadas e secretarias estaduais e municipais de saúde. O financiamento é, quase sempre, misto, ou seja, recursos orçamentários e extra-orçamentários, via convênios;

– Serviços pertencentes a esquemas patronais ou sindicais: SESI, SESC, sindicatos patronais e de empregados;

– Hospitais privados ou filantrópicos contratados pelo INAMPS no sistema AIH;

– Hospitais filantrópicos conveniados com o INAMPS;

– Convênio – empresa ou medicina de grupo;

– Serviços próprios de empresas;

– Seguro saúde privado;

– Hospitais privados não contratados pelo INAMPS.

Essas modalidades assistenciais organizam-se, conforme a natureza jurídica dos produtores de serviços, em três subsetores:

a) O subsetor público, onde o produtor estatal, de administração direta ou indireta, presta diretamente os serviços;
b) O subsetor filantrópico, constituído por entidades sem fins lucrativos, devidamente registradas no Conselho Nacional de Serviço Social do Ministério da Educação;
c) O subsetor privado, representado por entidades organizadas por livre vontade de particulares. Contudo, podem se estabelecer dois subsub-setores privados: o privado "típico" quando empresários, com recursos próprios e por seu próprio risco, in-vestem na construção de unidades de saúde e disputam, em regime concorrencial, fatias do mercado (*); o pri-

(*) Esse subsubsetor privado típico poderia ser dimensionado, indiretamente, pela participação dos gastos pessoais no orçamento setorial que atingem a 1/6 deste. VIEIRA, C. **Apontamentos para a análise do financiamento das políticas nacionais de saúde**. Brasília, mimeo, 1984, p. 12.

vado "delegado", onde empresários, muitas vezes com subsídios governamentais, constroem suas unidades de saúde e, através de contratos com a Previdência Social garantem, para si, um mercado monopsônico, responsável pela maior parte de suas receitas correntes.

Dada à pluralidade das modalidades assistenciais e à natureza jurídica dos produtores de serviços – e tendo como parâmetro de factibilidade as conjunturas econômica, política e sanitária – cabe estabelecer o âmbito possível da reformulação do Sistema Nacional de Saúde.

Assim, um país de economia mista como o nosso, onde os subsetores "não públicos" detinham 76% dos leitos hospitalares e 25% das unidades ambulatoriais, em 1984 (**) e eram responsáveis por 85% das internações e 52% das consultas médicas, a reformulação deverá ter, como âmbito, os subsetores público e filantrópico e o subsubsetor privado delegado, com suas respectivas modalidades assistenciais. Ou seja, a reformulação deverá se dar no espectro de modalidades assistenciais passíveis de uma gestão pública (***), dado que são próprios do Estado ou dele recebem subsídios, diretos ou indiretos, e/ou pagamentos por serviços prestados (****).

A reformulação pretendida não deverá incorporar as modalidades do subsubsetor privado típico, que estarão sujeitas às legislações específicas, às licenças para o seu funcionamento, às normas sobre construções ou instalações aprovadas pelo Ministério da Saúde, além de uma fiscalização por parte das Secretarias de Saúde, calcada no poder de polícia.

(**) FONTE: Cadastro dos estebelecimentos de saúde. DNOSS/SNABS/MS, 1984.

(***) Esse conceito está exposto no capítulo anterior.

(****) Nesse sentido, cabe referir que e Lei nº 6.229, Art. 1°, II, e, já faculta ao MPAS o credenciamento de Instituições de finalidade não lucrativa de prestação de serviços de saúde às pessoas para integrarem o subsistema público.

Por conseqüência, não parece viável e factível falar-se num Sistema Único de Saúde no Brasil (*). Melhor será se dizer a respeito de um Sistema Nacional de Saúde organizado sob a ótica de uma gestão pública sobre o conjunto das modalidades assistenciais passíveis de um controle estatal pleno, respeitando-se as formas jurídicas das organizações vigentes. Ou seja, de um Sistema Nacional de Saúde, plural e integrado, sob uma gestão pública.

VI. A ESTRATÉGIA DE REFORMULAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE – AS AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE

A reformulação do Sistema Nacional de Saúde implica a reordenação de um sistema plural, habitado por inúmeros conflitos de interesses e por diferenciadas demandas de necessidades, no sentido de reorientá-lo para o cumprimento de suas reais finalidades, quais sejam as de contribuir para a melhoria das condições de saúde da população.

Assim, essa reformulação deve ser vista como um processo de construção social, de luta política portanto, o que vai significar a definição de uma estratégia, enquanto forma de implementação de um projeto com um sentido preestabelecido.

Agir estrategicamente exige o abandono de uma atitude normativa (*) que pressupõe

(*) Nos termos, por exemplo, do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra. Uma transformação desse tipo não poderia estar baseada, apenas, em critérios médico-assistenciais, por envolver aspectos econômico-sociais como o fato de que a rede hospitalar contratada pelo INAMPS dava, em 1984, ocupação direta a mais de 300.000 pessoas. FONSECA, A. de S. **et alii Plano do CONASP, reorientação da alocação de recursos no Plano do CONASP e tendências e perspectivas da rede hospitalar privada**. Rio de Janeiro, mimeo, 1984, p. 3.

(*) Sobre a questão dos planejamentos normativo e estratégico, verificar:
TESTA. M. Planejamento em saúde: as determinações sociais. In: NUNES, E.D. **As ciências sociais em saúde na América Latina**. Brasília, OPAS, 1985, p. 335-367.

que pelos conteúdos de racionalidade técnica ou de justiça social imanentes que uma proposta de reformulação contenha, ela garanta, a **priori**, a sua viabilização.

A experiência da organização sanitária brasileira aponta para a ingenuidade dessa posição.

Atuar estrategicamente será reconhecer que qualquer proposta, por mais democrática que seja, sofrerá antagonismos de grupos que terão seus interesses contrariados (*). Será portanto, agir, a cada momento, com uma inteligência política, alimentada por constantes análises de conjuntura, no sentido de um movimento que, simultaneamente, acumule poder e, gradativamente, permita a realização das transformações democratizadoras que irão colocar a saúde como direito de cidadania e dever do Estado.

Essa estratégia tem sido, a partir da Portaria Interministerial nº 01/MS/MPAS/ MEC, de 7 de junho de 1985, e deveria continuar sendo, a das Ações Integradas de Saúde.

Ações Integradas de Saúde passam a significar, então, uma estratégia de reformulação do Sistema Nacional de Saúde que permita viabilizar a superação da atual forma de organização plural descoordenada por uma outra que, respeitando as identidades organizacionais, institua a gestão pública sobre todas as instituições, direta ou indiretamente relacionadas ao setor público, com todos os seus recursos (que, para tal, deverão ser reorganizados, reorientados e recombinados) e com todas as suas atividades integradas, no sentido de dar respostas, de forma organizada, às necessidades prioritárias da população, definidas na Política Nacional de Saúde, segundo critérios epidemiológico-sociais.

(*) Pode-se, mesmo, dizer que os antagonismos se darão na razão direta do grau de democratização das propostas de reformulação.

Para tal, entre outras, algumas medidas serão necessárias(**):

Primeiro, abandonar – o que tem sido comum – o entendimento das Ações Integradas de Saúde como um programa de atenção médica, expresso numa simples relação convenial de repasse de recursos do INAMPS para outras instituições públicas.

Segundo, institucionalizar o planejamento estratégico(*) entendido não mais na dimensão estrita de uma fase macrodimensional do planejamento normativo, mas como um processo social complexo que trata de influenciar a direcionalidade de um projeto no sentido da sua situação-objetivo, a partir das perspectivas de um conjunto de forças sociais em conflito ou em aliança umas com as outras.

Terceiro, estabelecer os lugares institucionais e preparar os recursos humanos para o desempenho das funções de condução estratégica das Ações Integradas de Saúde.

Ora, tudo isso só será possível se se fizer um esforço concentrado na homogenização do entendimento correto do significado das Ações Integradas de Saúde e na sua difusão.

Ainda que entendendo o caráter processual dessa estratégia, há de se reconhecer o grau extremo das decodificações conceituais e operacionais sobre as Ações Integradas de Saúde(**)

Por fim, tem-se que ressaltar que as Ações Integradas de Saúde, como estratégia, são um movimento permanente de

(**) Consultar, a respeito: SP/SG/MS. **O Ministério da Saúde e as Ações Integradas de Saúde.** Brasília, mimeo, 1985.

(*) Há quem considere mais correto, hoje, falar-se em pensamento ou atitude estratégica, ao invés de planejamento estratégico que conotaria, muito, a idéia de uma metodologia formal que poderia embotar o exercício de uma inteligência política.

(**) Basta se verificar o amplo espectro de conceituações que aparecem nos seminários de avaliação de AIS que vêm sendo realizados em diversas partes do país.

inteligência política e que, pois, não teriam sua terminalidade determinada – como é muitas vezes pensado – no momento em que for possível obter a unificação administrativa do nível federal.

As Ações Integradas de Saúde constituir-se-ão em estratégia de reformulação setorial enquanto existirem diferentes organizações conformando um sistema plural, com algum nível de descoordenação.

VII. OS PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA REFORMULAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Tendo como referencial maior a saúde como direito de cidadania e dever do Estado – tal como se explicitou no capítulo IV – e informada pela visão das Ações Integradas de Saúde como estratégia – referida no capítulo anterior – a reformulação do Sistema Nacional de Saúde deverá se fazer orientada por um conjunto de princípios que, necessariamente, deverão ser tomados no seu conjunto.

É bem verdade que, se se propõe uma postura estratégica de reformulação, uns se materializarão mais rapidamente, outros mais demoradamente, na medida de seus tempos políticos e técnicos.

Importa considerar que o exercício estratégico é incompatível com as idéias de concomitância e com os raciocínios lineares ou etapistas que, de resto, expressam posições idealistas, distantes do mundo real em que se dão as políticas de saúde.

Esses princípios são:

1. Unicidade administrativa a nível federal.

Essa tese da unificação das instituições federais – que significaria a incorporação, ao Ministério da Saúde, do INAMPS, dos órgãos relativos à higiene e segurança do trabalho do Ministério do Trabalho e dos hospitais universitários – tem sido levantada constantemente(*) e constitui um tema polêmico.

Do ponto de vista de sua tecnicalidade, parecem inquestionáveis, dentre outras, as seguintes vantagens:

a) Daria maior densidade política ao Ministério da Saúde de modo a que ele se capacitasse, de fato, para o exercício das funções que, de direito, lhe pertencera, isto é, aquelas de formular as políticas nacionais de saúde;

b) Ao angariar maior densidade política, o Ministério da Saúde se apresentaria, no conjunto do governo, com maior poder para influir nas decisões relativas à alocação dos recursos federais;

c) Demais, ao reforçar-se politicamente, por indução, estariam também fortalecidas as secretarias estaduais e municipais de saúde;

d) A incorporação contribuiria para a superação dos lugares institucionais cativos que reforçam a artificial dicotomia entre ações individuais e coletivas e, conseqüentemente, para uma diminuição, mais rápida, das diferenças culturais interinstitucionais;

e) Um nível federal com unidade de comando facilitaria a sua administrabilidade e as relações, horizontais e verticais, de co-gestão, que deverão se estabelecer num sistema plural e federativo;

f) A unificação federal poderia conferir maior estabilidade na composição de fundos para o financiamento federal, ao setor saúde, que tem variado, significativamente, dado o caráter compressivo que assumem, na previdência social, as despesas com a assistência médica.

(*) Essa tese se configura, como proposta, na maioria dos documentos técnicos e políticos apresentados no período anterior à instalação da Nova República. Veja-se, nesse sentido, CEBES, 1985, op. cit.

Para que essas vantagens sejam concretizadas, existe o pressuposto de que essa unificação seja acompanhada da descentralização, através de um sistema federado e que as transferências de recursos da previdência social para o setor público (enquanto esse mecanismo de financiamento parcial for adotado) não impliquem na retração de fundos regulares dos orçamentos federal, estaduais e municipais.

Porque, senão, teriam razão aqueles que se contrapõem à unificação quando afirmam que ela viria reforçar o grau de concentração decisória no governo federal.

Um outro argumento esgrimido, especialmente por lideranças sindicais, é a possibilidade da fragilização da Previdência Social, uma conquista irreversível dos trabalhadores. Ainda que não se possa desconsiderar – até por razões históricas – essa desconfiança em relação às propostas de reformulação das organizações estatais, cabe encarecer que tal possibilidade poderia ser minimizada na medida em que se estabelecessem mecanismos efetivos de controle social sobre a nova estrutura.

O que permanecerá, sempre, como um determinante que não será explicitado mas, ao contrário, racionalizado, é o deslocamento de uma parte ponderável de recursos financeiros e de um grande manancial de manobras políticas de um Ministério para outro.

Na medida em que não for viável essa unificação do nível federal, que passa por uma manifestação congressual, devem ir se aperfeiçoando e fortalecendo os mecanismos de gestão colegiada criados pelas Ações Integradas de Saúde e, representado a nível federal, pela CIPLAN.

2. REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO DOS SERVIRÇOS

Num país de dimensões continentais e de marcantes diferenças regionais – onde vários estágios de desenvolvimento econômico e social existem, coexistem e consorciam-se – impõe-se uma divisão espacial com base em um eixo político-administrativo.

O ideal seria uma divisão em três níveis: federal, estadual e local, podendo, este último, ser constituído por um município ou por um conjunto de municípios (microrregião).

Dadas às peculiaridades de nosso país – ainda que tornando mais difícil o problema administrativo pela complexificação das comunicações – quase sempre se tem interposto, entre os níveis estadual e local, um nível regional.

Estreitamente vinculada à regionalização do sistema de saúde está o conceito de hierarquização, através do qual os serviços devem se organizar por níveis de atenção que variam segundo as suas respectivas complexidades tecnológicas.

Os níveis de atenção, por conseguinte, constituem diferentes "tecnologias apropriadas" quanto à eficácia, ao custo social e à viabilidade para a solução de conjuntos específicos de problemas de saúde de diferentes complexidades, conforme se analisou no capítulo III.

De qualquer forma, é inerente à hierarquização um tipo de organização funilar e de conotação seletiva que tem suas raízes no perfil das necessidades, pelo qual, num determinado tempo e num determinado espaço, as necessidades de saúde ocorrem com freqüências relativas diferentes, variando, num intervalo teórico, de necessidades mais raras até necessidades mais freqüentes. Acompanhando o perfil de necessidades está o conceito de complexidade tecnológica, pelo qual as necessidades mais complexas corresponderão, quase sempre, composições tecnológicas mais sofisticadas.

A hierarquização contém, ainda, a idéia de sistema de referência, entendido como a possibilidade de se atenderem as pessoas, resolutivamente, a partir de unidades mais simples e ir referindo-as à unidades mais complexas, na medida em que os recursos

tecnológicos de um nível não permitirem solução dos problemas.

Isso posto, verifica-se que, a par de organizar as unidades em forma escalar, há que distribuí-las convenientemente no espaço, a fim de otimizar sua produtividade. Daí, a imbricação, já referida, entre regionalização – o nível da divisão político-administrativa – e a hierarquização – o nível da complexidade tecnológica.

Grosso modo, a hierarquização deveria contemplar três níveis de atenção: primário, secundário e terciário.

Dessa forma, é fundamental que o planejamento de um sistema de saúde reformulado considere uma regionalização que compatibilize os interesses das diferentes instituições públicas (especialmente INAMPS e secretarias estaduais) e que inclua, no seu processo de estabelecimento de níveis de atenção, em espaços – populações concretos (modularização), o conjunto de equipamentos sanitários, incluindo aqueles pertencentes aos setores filantrópico e privado.

3. A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

A aplicação prática desse princípio vai implicar na reformulação do Sistema Nacional de Saúde no sentido de superar, na prática de seus serviços, a falsa dicotomia entre ações "preventivas", ou de “saúde pública", ou de "saúde coletiva" e ações "curativo-reabilitadoras", ou de "atenção médica", ou de "saúde das pessoas” (*).

No capítulo II pode se analisar as razões pelas quais o Sistema foi assim concebido até chegar à institucionalização, pela Lei 6.229, de um verdadeiro Tratado das Tordesilhas no setor saúde.

Para tal, é necessário mudar, radicalmente, as culturas organizacionais, tanto das instituições tradicionalmente prestadoras de serviços de saúde pública, quanto daquelas convencionalmente ofertadoras de serviços de atenção médica.

Isso significará, de um lado, abandonar a singularidade da oferta de serviços de saúde pública e a sua forma de organização por programas verticais, horizontalizando-os pela destruição das linhas de mando e pelo fim dos recursos vinculados.(*)

A existência de programas verticais de saúde pública perturba a organização dos serviços locais, subotimiza a utilização de recursos escassos e apresenta baixa eficácia social, o que é atestado, tanto por estudos técnicos, como pelo discurso e pela prática da população.(**)

A horizontalização dos programas de saúde pública e sua integração com a atenção médica, deverão ser buscadas evitando-se o perigo da "inampização" (***) dos serviços, ou seja, a possibilidade de que as ações de oferta organizada sejam substituídas por um mero atendimento a demandas espontâneas, determinadas pela autopercepção dos usuários.

Por conseqüência, o princípio da integralidade vai implicar que a atenção médica não se limite ao atendimento à demanda espontânea em busca de serviços curativo-reabilitadores o que é, também, a tradição das instituições que cuidam da saúde das pessoas.

Essa resposta à demanda espontânea – ainda que leve a dividendos políticos – apresenta baixo impacto epidemiológico e

(*) Essas expressões são colocadas entre aspas para marcar a discordância do autor em relação a todas elas que, não obstante, continuarão a ser usadas.

(*) Não se quer absolutizar a questão do abandono dos programas verticais. Algumas poucas atividades em que os insumos são homogêneos e os processos tecnológicos de baixa complexidade parecem responder, melhor, a formas verticais de organização.

(**) O discurso popular é direto e claro: "Queremos um ambulatório com medicina especializada, igual àquele do Glicério e não um Centro de Saúde. Isso a Secretaria de Saúde, bem ou mal, já está começando a construir na região. Não é outro Centro de Saúde do INAMPS que estamos querendo na região, mas um ambulatório com todas as especialidades médicas, pois quem tem direito à medicina especializada não é só o pessoal que mora no Centro".
FUNDAP – **Depoimento da população.** São Paulo, mimeo, 1981.

(***) Expressão cunhada, recentemente, por setores sanitaristas refratários ou temerosos de possíveis desvios das Ações Integradas de Saúde.

estimula as desigualdades de acesso, porque este é determinado pelo perfil da oferta(*), pelo grau de informação da clientela e pela distância da residência dos usuários em relação às unidades de saúde.

Também a exclusividade da prestação de serviços curativo-reabilitadores deverá ser abandonada pela incorporação – em sentido contrário ao referido anteriormente – de serviços coletivos nas instituições do complexo da atenção médica.

Assim, a atenção a indivíduos isolados que buscam, espontaneamente, as unidades prestadoras de serviços e sua imediata inserção nas atividades de oferta organizada – sejam no eixo nosológico (por exemplo, controle da hipertensão), sejam no eixo biológico (por exemplo, atenção integral à saúde da mulher e da criança) – permitiria resgatar a característica coletiva do objeto do sistema de saúde.

A integralidade da atenção, entretanto, só terá sentido se conduzir a serviços mais resolutivos.

Daí a necessidade de se ampliar o conceito de resolutividade para que não esteja limitado às possibilidades de solução de problemas de agravo instalado e de modo que abarque as ações preventivas, como resolutivas, na medida em que evitem a eclosão ou a reinstalação de uma doença.

Há de se ressaltar que a resolutividade dos serviços exigirá, necessariamente, e especialmente ao nível de atenção primária, uma modificação das composições tecnológicas que hoje predominam.

É pouco provável que se possa conseguir resolutividade de um centro de saúde convencional, na medida em que os recursos tecnológicos que ali existem, e sua própria concepção física, não permitem responder, com sucesso, às necessidades preventivas e curativo-reabilitadoras da sua população-alvo. (*)

(*) Um estudo comparativo da demanda por internações no INAMPS mostrou que, no conjunto das 50 patologias mais prevalentes, mais de 10 variaram, entre 1984 e 1985, por razões que, com toda a probabilidade, foram determinadas pela remuneração fixa por procedimentos, e não por modificações no perfil da morbidade.

4. DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE

Um outro princípio da reformulação do Sistema Nacional de Saúde, intimamente ligado ao conceito de regionalização, é o da descentralização das ações de saúde pelos diversos níveis político-administrativos.

É evidente que a possibilidade de concretização desse princípio depende da decisão política de restaurar a federação para o que, – mais de que discursos – será imprescindível levar a efeito uma redefinição de competências das diversas instâncias de governo e uma justa reforma fiscal.

Isso porque uma das formas mais sutis de centralização de poder político, pelo Estado autoritário, foi a concentração de poder econômico-financeiro no governo federal.

O caso do setor saúde é bem expressivo desse mecanismo político de concentração. Estima-se que o financiamento público ao setor provém 61,3% do governo federal, 28,5% dos governos estaduais e, apenas, 10,2% dos governos municipais(*).

Por conseqüência, o Estado brasileiro que já praticara, antes, outros modelos administrativos, como a administração cartorial, passou a institucionalizar uma nova prática de gestão, a "administração convenial". Nela, os recursos concentrados – com prioridades e restrições impostas segundo os interesses da União, pela tecnoburocracia federal – devem ser identificados e negociados pelos estados e municípios.

Governadores e prefeitos e seus respectivos escalões burocráticos transformam-se em caixeiros-viajantes em busca de

(*) A capacidade resolutiva de um médico, uma mesa clinica, um estetoscópio e um esfigmomanômetro será, sempre, bastante limitada, jamais podendo atingir aos 90% do discurso oficial.

(*) VIEIRA, C. – op. cit., p. 11.

recursos (**). E, quando os conseguem, devem assinar um convênio que constitui, a um tempo, um documento político e jurídico que fixa os direitos e obrigações das partes, os instrumentos de controle e as sanções pelo descumprimento das cláusulas.

Cabe ressaltar que esse modelo administrativo se reproduz nas relações entre as esferas estaduais e municipais, dentro da mesma lógica de funcionamento.

A administração convenial repassa recursos mas, em contrapartida, exige, cada vez mais, obrigações das instâncias estaduais e municipais.

Não raro, os recursos que são transferidos num horizonte de tempo definido, impõem obrigações permanentes o que é mais comum nos projetos de investimentos.

O caso de Minas Gerais é bem ilustrativo das repercussões da administração convenial no estado. Se se considerar, apenas, a Secretaria de Saúde, sem suas duas fundações vinculadas, são 35 fontes especiais de financiamento, externas ao Tesouro Estadual, num valor total inferior a 35% do orçamento. Isso implica a abertura e mobilização de mais de 600 contas bancárias, e no exercício de uma função extremamente complexa de gerência de convênios que torna a Secretaria quase inadministrável.

A resposta no campo setorial, para o modelo administrativo do regime autoritário, será a descentralização do Sistema Nacional de Saúde, com o deslocamento do poder decisório para a proximidade dos usuários e dos fatos.

Por conseqüência, haverá que se redefinirem os papéis dos níveis federal, estadual e municipal no que diz respeito às ações de saúde(*).

Cabe, aqui, discutir uma tese muito em voga, a da municipalização dos serviços de saúde.

Não há o que obstar a essa evidência, mas a questão deveria ser recolocada como a necessidade de restauração do poder local, isto é, aquele que é emanado de uma comunidade minimamente capaz de gerar riquezas, de produzir bens e serviços e de distribuir os resultados das riquezas, bens e serviços produzidos (**).

Mesmo porque, a construção da federação que se almeja não poderá ser feita sem o reconhecimento de que persistirão, sempre, funções a serem exercidas pela União e pelos estados e que são indelegáveis aos municípios (por exemplo, as funções de redistribuição espacial dos recursos).(*)

A municipalização dos serviços, que é inquestionável para os municípios de grande e médio portes, é discutível para os pequenos municípios.(**) Nesses casos, a restauração do poder local poderia ser entendida como a possibilidade de se organizar um nível local, num conjunto de pequenos municípios que conformariam um módulo básico de saúde, correspondente a uma microrregião.

Essa descentralização deveria ser acompanhada pelo fortalecimento político e administrativo das instâncias colegiadas de decisão criadas pelas Ações Integradas de Saúde, as CIS's, as CRIS's, as CLIS's e/ou as CIMS's. (***)

(**) O prefeito de Recife, em entrevista ao **Correio Brasiliense** de 18/08/85, declarou ter feito, em dois anos e quatro meses de mandato, 74 viagens a Brasília em busca de recursos, o que dá, em média, uma presença, no Distrito Federal, a cada 11 dias.

(*) Deverá existir uma forma mais adequada de distribuir os papéis institucionais. Caricaturalmente, hoje, o cachorro, o rato e o porco são municipais, o morcego estadual, e o barbeiro e o mosquito, federais.

(**) Essa tese de discutir a restauração do poder local ao invés de municipalização e o conceito de poder local foram propostas pelo Secretário Nelson Rodrigues dos Santos no Seminário Interno de AIS do Ministério da Saúde, 1985.

(*) Noutro sentido, é difícil imaginar-se que, num sistema federado, a União deva continuar prestando serviços diretamente à população.

(**) Se tomarmos, como exemplo, o caso de Minas Gerais, de seus 722 municípios, 66,2% têm menos de 5000 habitantes e 81,4% menos de 10.000 habitantes.

(***) A forma de direção colegiada não poderia prescindir de um mando administrativo único, em cada nível, que deveria caber às secretarias estaduais e municipais.

O fortalecimento político estaria expresso na possibilidade real de um controle pleno sobre o conjunto das instituições atuantes na região, incluindo aquelas dos setores filantrópico e privado e/ou administrativo, pela efetiva capacidade de fazer decisões, principalmente ao nível do módulo básico de serviços do sistema de saúde, correspondente à área de jurisdição de uma CLIS – definida, portanto, por critérios de prestação de serviços – onde deveria se buscar o máximo de autonomia administrativa.

5. REDEFINIÇÃO DAS RELAÇÕES ENTRE OS SETORES PRESTADORES DE SERVIÇOS

Por esse princípio se enfatiza que a reorientação do Sistema Nacional de Saúde vai exigir modificações substantivas nas relações intra-setor público e, deste, com os setores filantrópico e privado, sob a égide da gestão pública.

As relações que se estabelecem, hoje, entre os diferentes setores de prestação de serviços de saúde são, de um modo geral, parciais e frouxas, e se expressam, maiormente, na área do ordenamento jurídico, na avaliação física de certos precedimentos e no controle contábil-financeiro.

Isso se dá por várias razões, dentre as quais cabe destacar duas.

De um lado, pela própria concepção da Lei do Sistema Nacional de Saúde que, como se viu no capítulo II, representa a ortopedia jurídica que sustenta a viabilidade de um sistema plural e descoordenado.

Por outro, a história mesma da previdência social, onde os anéis burocráticos consolidados, ao longo do tempo, para garantir a hegemonia do modelo médico-assistencial privatista, levaram à criação de uma "cultura bancária" no campo da assistência médica.

Essa cultura organizacional expressa-se no predomínio de relações de compra e venda, onde a Previdência Social se coloca como compradora, mantendo, portanto, uma externalidade à prestação dos serviços que devem, apenas, ser pagos, controlados e avaliados, numa atitude fiscalista. Controle e avaliação que se fazem sob a ótica da atenção médica, o espaço institucional reservado à Previdência Social pela Lei nº 6.229/75.

Esse mecanismo de compra e venda, ao ser levado ao setor saúde, teve a facilitá-lo as disposições relativas a serviços de terceiros, contidas no Decreto-Lei nº 200.

Tal cultura bancária, informada pela lógica da compra e venda, penetrou os setores público e filantrópico que, antes, eram remunerados sob a forma de subsídios fixos, o que pressupunha uma co-participação no financiamento.

Quando o INAMPS introduz, como forma de remuneração do setor público, o pagamento variável por produção de atos médicos, segundo seu porte (Portarias SSM/ 269 e 270/84), ele parte para uma concepção de relação de financiamento menos evoluída conceitualmente e determina uma relativa equiparação dos tratamentos dados aos produtores públicos e privados, consagrando-os, ambos, como vendedores de serviços para a previdência social. Por conseqüência, induz esses setores a operar sob a lógica da produção de serviços.

O mesmo ocorreu com o setor filantrópico que, a partir do subsídio fixo – que ainda permanece para algumas pequenas entidades – passou à remuneração segundo as Portarias SSM/269/270/84 e, pelo menos, nos grandes hospitais, ao contrato igual ao do setor privado.

É óbvio que, ao modificar esses mecanismos de financiamento, o INAMPS impulsionou os setores público e filantrópico a um comportamento através do qual devem se buscar, a um tempo, os ganhos de produtividade e as maneiras de driblar os cada vez mais sofisticados sistemas de controle.

Destarte, a Previdência Social, ao invés de atuar ao nível das causas – o sistema de compra e venda – procura estabelecer con-

troles, crescentemente refinados e custosos para evitar abusos que, ela mesma, através dos sistemas de remuneração adotados, criou.

No momento em que se pretende reformular o Sistema Nacional de Saúde, adequando-o às diretrizes de universalidade, eqüidade, regionalização, hierarquização, integralidade e descentralização, isso terá repercussões no campo das relações entre os setores que se estabelecerão num patamar qualitativo, distinto do atual.

A inserção dos setores filantrópico e privado em sistemas modularizados e integralizados – que estabeleçam relações funcionais entre níveis de complexidade da atenção e que superem a divisão entre atenção médica e saúde pública – vai implicar em instrumentos de planejamento, programação, acompanhamento, controle e avaliação que não podem estar limitados às relações atualmente existentes. O que, por sua vez, conduzirá a uma modificação dos pressupostos e da natureza dos ordenamentos jurídicos vigentes.

Assim, por exemplo, será incabível que o poder normativo do Ministério da Saúde – enquanto indicação do modo de se prestarem todos os serviços de saúde – não esteja inscrito em todas as relações que se estabeleçam entre os diferentes setores.

A continuar o mero ajuste bilateral entre a Previdência Social e seus pares, pode-se garantir que os serviços de saúde continuarão sendo vendidos e comprados para a prestação de atenção médica senso estrito, sob a forma de atendimento à demanda espontânea.

Urge, pois, reorientar as relações entre os setores de serviços, o que deverá ser feito a partir do entendimento da prestação de saúde como serviço público passível, portanto, de uma gestão pública que terá como objeto o conjunto do Sistema Nacional de Saúde (*).

No conceito de gestão pública, aqui colocado, o Estado apenas delega a terceiros, sob condições conveniais ou contratuais regidas pelo direito público, a prestação de serviços de atenção à saúde, que são subordinados ao consentimento da administração pública.

Uma outra proposta, inscrita no Projeto do I PND da Nova República (*) é a da concessão (**) dos serviços de saúde, como forma de relacionamento entre os setores públicos e "não público".

A natureza contratual pública da concessão é manifesta porque a sua existência e obrigatoriedade se assentam numa dupla manifestação de vontades, do poder concedente e do concessionário. É indispensável, assim, o acordo de vontades.

A concessão, contrato bilateral e comutativo, que se forma entre as contratantes, cria obrigações recíprocas entre o poder público e o concessionário, os quais não podem impunemente a eles fugir, salvo quando razões de ordem jurídica possam determinar a rescisão do contrato.

A figura da gestão pública que se propõe é, fora de dúvidas, mais adequada tecnicamente e mais viável do ponto de vista político do que a da concessão dos serviços de saúde.

Para exercitá-la, é fundamental que se resguarde o caráter publicista do pacto entre as partes, onde o setor público, ao delegar a terceiros a prestação de serviços de

(*) A necessidade de reorientação e seu referencial doutrinário são reconhecidos, formalmente, pelo MPAS: "O atendimento à saúde deve ser concebido como um serviço público, independentemente do agente operador. Tal perspectiva gera a necessidade do estabelecimento de uma relação pautada por um novo conjunto de normas técnicas, relações econômicas explícitas e responsabilidades jurídicas que sustentem adequadamente essa diretriz ".
BRASIL/MPAS. **Plano Setorial da Previdência Social do I PND.** Brasília, MPAS, 1985, op. cit. p. 46.

(*) BRASIL/SEPLAN-PR. **I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República,** 1986/89, Brasília, SEPLAN, 1985, p. 81.

(**) No Brasil, a concessão é dispensável para aproveitamento de quedas d'água, energia elétrica, telecomunicações, navegação aérea, viação férrea que ligue diretamente portos marítimos e fronteiras ou transponham os limites de um estado, transporte coletivo e jazidas, minas e demais recursos minerais.

saúde, nem sempre poderá se colocar em posição igual aos contratados, o que faz com que ele possa impor certas cláusulas contratuais e tomar decisões unilaterais que exorbitam o direito comum, obedecidas, porém, a Lei e as normas do Direito Público.(*)

Não cabe, pois, nas relações entre Estado e entidades “não públicas", a predominância das normas do direito civil, expressas no princípio “pacta sunt servanda", de igualdade entre as partes.

Diferentemente do contrato civil, o contrato administrativo incorpora as cláusulas exorbitantes que são aquelas comuns à administração pública, dentro do poder de supremacia e indisponibilidade dos bens públicos.

Demais disso, a gestão pública, dentro dos postulados federativos, deverá se dar de forma descentralizada, de modo que as delegações a terceiros e seus respectivos instrumentos jurídicos se façam, sempre que possível, no âmbito das unidades federativas.

Quanto à tese da concessão, além de menos viável politicamente, é, da perspectiva técnica, de questionável aplicabilidade ao setor de prestação de serviços de saúde. Isso porque implicaria em competência privativa do Estado na prestação dos serviços de saúde, o que exigiria o pagamento de tarifas ao produtor, objetivando o equilíbrio econômico-financeiro. Para que o reordenamento entre os setores prestadores de serviços não se limite às modificações de natureza jurídica, algumas condições deveriam ser estabelecidas.

a) Eliminar a ociosidade dos serviços estatais, em especial, os do INAMPS. A cultura bancária prevalecente nessa instituição levou a um estrangulamento da oferta de serviços próprios e, não obstante as determinações contidas na Portaria nº. 3.046, de 20 de julho de 1982, o processo de sucateamento dos próprios ainda não foi revertido.(*)

b) Expandir a rede pública. Mais que marcar presença no setor, essa decisão permitiria, ao Estado, criar mecanismos de regulação de preços e de controle da incorporação de tecnologias de alto custo que deveriam, prioritariamente, ser alocadas aos serviços públicos de maior complexidade,

c) Conter o incremento do setor privado, delegado, principalmente nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. (**)

Esses três ítens (***), no seu conjunto, não teriam, se implementados, o objetivo de contribuir para a estatização do Sistema Nacional de Saúde. Apenas visariam equilibrar melhor as ofertas públicas e "não públicas" de serviços de saúde, de maneira a garantir melhores condições de barganha no relacionamento entre esses setores,

d) Instituir, como critério de determinação dos serviços pactuados, as necessidades assistenciais e não a capacidade de produção. Em 1984, a rede hospitalar contratada tinha uma capacidade de produção de 1.805.000 internações/mês, sendo que a CIPLAN fixou em 740.000, o limite mensal. O INAMPS operava com 195.000 leitos contratados a 3.565 hospitais, que tinham 3.400.000 leitos instalados, o que significava uma ociosidade média de 43% na rede contratada. Isso leva, de um lado, a uma pressão pelo aumento dos leitos contratados e, de outro, a uma deseco-

(*) O Estado é como o Rei Midas, tudo o que toca, publiciza. MOTTA, C.P.C. **Práticas de direito administrativo**. Belo Horizonte, Del Rey, 1986.

(*) A ociosidade dos próprios do **INAMPS** era, em 1984, de 44% na rede ambulatorial e de 47% na hospitalar. BRASIL/MPAS. **A Previdência Social é viável**. Brasília, MPAS, 1986, p. 44.

(**) Evidente que essa contenção não deveria atingir o subsubsetor privado típico que estará fora do âmbito da gestão pública.

(***) Esses três ítens são diretrizes explícitas do Plano Setorial da Previdência Social do I PND. BRASIL/MPAS – op. cit., p. 114.

nomia das unidades hospitalares. Um documento oficial do INAMPS chegou a sugerir uma depuração na rede hospitalar "não pública" através de um processo de concentração medida, contudo, de viabilidade discutível. (*)

e) Estabelecer sistemas de planejamento, programação, acompanhamento, avaliação e controle que permitam que as relações entre os prestadores de serviços se estabeleçam à base de necessidades definidas por critérios epidemiológico-sociais e que as ações de saúde se exercitem sob a forma de oferta organizada, à exceção do atendimento de urgência.

Nesse sentido, será imprescindível reformular a Portaria MPAS/3046/82 e Anexo, cujos parâmetros refletem a preocupação com respostas à demanda espontânea por atenção médica e que foram construídas a partir de prevalências médias nacionais de demanda atendida e opiniões de "experts".

Ademais, a programação conterá, obrigatoriamente, a definição de planos locais, regionais e estaduais, com definição dos módulos assistenciais e suas relações de referência e contra-referência com os níveis de maior complexidade.

A partir desses projetos de modularização, cada unidade de saúde – pública, filantrópica ou privada – terá definido o espaço-população de seu âmbito de atuação que deverá se inscrever no ordenamento jurídico que, posteriormente, vier a se estabelecer entre o órgão público e o conveniado ou contratado.(**)

f) Colocar, nos instrumentos públicos estabelecidos entre as partes a possibilidade de intervenção do Estado nas unidades de saúde, sempre que se impuser a necessidade de preservação do interesse público. Isso é importante porque o descredenciamento é uma sanção que penaliza, há um tempo, o produtor e a população beneficiária dos serviços.

Garantidas essas condições (o que não significa que devam ser atendidas previamente, isto é, não são pré-condições), a adoção da gestão pública do Sistema Nacional de Saúde terá conseqüências nos três modos de relacionamento entre os setores prestadores de serviços.

a) Relações intra-setor público

Aqui se analisarão as modificações que se deverão dar, dentro do setor público, especialmente, entre a previdência social e entidades desse setor. (*)

O abandono do sistema de pagamento por subsídios fixo – que consagra um princípio de co-participação – fez-se em cima de uma crítica de que, tal medida, tinha um fundo paternalista e não levava à eficientização do setor público.

Assim, se desconsideraram fatos importantes:

Primeiro, que isso consagra a transposição, para o setor público, da lógica do financiamento por compra e venda, embutida na cultura bancária.

Segundo, que essa co-participação financeira, em nenhum momento, implicou numa outra obrigação que dela deveria decorrer, qual seja, a co-responsabilidade pela prestação de serviços eficientes e eficazes(*).

(*) **FONSECA,** A. de S. **et alii. Plano do CONASP: reorientação da alocação de recursos do Plano do CONASP, tendências e perspectivas da rede hospitalar privada**. Rio de Janeiro, mimeo, 1984, p. 3-4.

(**) A proposta não significa uma adscrição impositiva da clientela mas o início de um processo gradual de racionalização do fluxo de demanda.

(*) Pressupõe-se que as novas relações se inscreverão num quadro onde os serviços públicos deixem seus objetivos derivados de empregados de mão-de-obra de baixa qualificação e de lugar de clientelismo político, para retomar a substantibilidade de suas funções de prestação de serviços de saúde, eficientes e eficazes, à população.

(*) Dado a externalidade que o comprador se coloca em relação à execução dos serviços contratados.

Por fim, os subsídios fixos foram sendo reajustados em índices, ao longo do tempo, muito inferiores ao incremento dos custos dos serviços públicos de saúde, gerando, na ótica do produtor público, um sistema de remuneração iníquo. Esse mecanismo de remuneração criou um pacto de interesses entre o INAMPS, que desejava substituir o paternalismo do subsídio por um pagamento por produção efetiva, e as instituições públicas, que desejavam aumentar suas receitas extra-orçamentárias.

Daí ter sido fácil estabelecer, através das Portarias MPAS/SSM/269/270/84, uma nova forma – congruente com a cultura bancária – que introduzia, no setor público, as relações de compra e venda de serviços, tal como se viu anteriormente.

Como conseqüência, começam a se levantar hipóteses de desvios e a se estabelecerem mecanismos de controle e avaliação.

Uma análise da proposta da CIPLAN para acompanhamento, avaliação e controle das Ações Integradas de Saúde, em 1986, mostra as preocupações de controle físico sobre indicadores de atenção médica e de controle orçamentário-financeiro ainda que, qualitativamente, procure-se avaliar o processo de desenvolvimento das AIS.

Entende-se, contudo, que as relações intra-setor público, num Sistema Nacional de Saúde reformulado, não podem se dar na lógica da compra e venda de serviços. É necessário substituir esse sistema de pagamento por orçamentos integrados ou fundos orçamentários pluriinstitucionais, desconsolidados pelos níveis federativos, onde as posições de comprador e vendedor sejam trocadas por uma relação de co-responsabilidade no financiamento e na prestação dos serviços, através da co-gestão(*).

Ademais, é fundamental que essas relações estabeleçam nas cláusulas **pactuadas** que o planejamento, a programação, o controle e a avaliação dos serviços se façam sobre as atividades de pronto atendimento e de oferta organizada, definidas por critérios epidemiológico-sociais.

b) Relações do setor público com o filantrópico

O setor filantrópico deve ser analisado desde a perspectiva de dois subsetores. Um primeiro, que poderia ser denominado de filantrópico "típico" vem mantendo, apesar de todas as dificuldades, o seu caráter de instituições sem fins lucrativos, prestando serviços à "carentes". Um segundo, que poderia ser chamado de filantrópico “empresarial", que teve sua gestão apropriada por grupos corporativos e que passaram – em parte induzidos pela lógica de financiamento do INAMPS – a operar com a racionalidade do lucro(**) (***).

A mesma solidariedade de interesses, vista nas relações intra-setor público, manifesta-se, também, ao nível do financiamento do setor filantrópico. Isso vai determinando o abandono gradativo do subsídio fixo, com tendências à remuneração pelas Portarias MPAS/SSM/269/270/84 e suas subseqüentes, às entidades menores (convênios) e pelas AIH's, às grandes (contratos).

Esse processo, que representa algo como o empresariamento das entidades filantrópiças, coloca-as em condições vantajosas em relação ao setor privado porque os subsídios indiretos que recebem, decorrentes de isenções de contribuições patronais e de impostos, alcançam uma dimensão significativa nos custos dessas entidades (*), ainda que essas regalias, para novas filantrópicas, tenham sido revogadas em 1977.

(*) De resto, a co-gestão já vem sendo praticada em vários lugares.

(**) Ironicamente, poder-se-ia dizer que essas instituições são mais filantrópicas para si mesmas do que para terceiros.

(***) Não se queira entender que a afirmação condena uma atitude empresarial que é aquela que procura otimizar a utilização dos recursos escassos, o que deve ser preocupação de todos os prestadores de serviços, independentemente de sua natureza jurídica.

(*) Podem atingir 30% da folha de salário, estimando-se que esses subsídios representaram de 200 a 300 bilhões de cruzeiros em 1984, ou seja, 2 a 3 vezes o que o MEC dispendeu com seus hospitais universitários naquele ano. VIEIRA, C. Op. cit., p. 25.

Dessa forma, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde deve levar a uma reordenação das relações com o setor filantrópico.

Para isso, seria necessário partir-se da consideração do caráter público das entidades filantrópicas típicas, expresso nas possibilidades dessas instituições, sem fins lucrativos, organizarem-se para a prestação de serviços comunitários. Essa natureza pública seria dada pelos objetivos da instituição e não, necessariamente, por pertencer à administração direta ou indireta do Estado.

Assim consideradas, elas poderiam ser trazidas para a lógica do setor público através da mudança dos mecanismos de financiamento que tenderiam, gradativamente, a superar as relações de compra e venda por co-responsabilidades de gestão e financiamento, em bases a custos reais. (**)

Demais, num sistema universalizado e equalizado, desaparece a figura do "carente" ou "indigente" sendo, portanto, a filantropia substituída pela idéia de serviço público, prestado por instituições não estatal, sem fins lucrativos.

As modificações passariam, outrossim, pela inserção das entidades filantrópicas numa rede regionalizada e hierarquizada de serviços, pelo estabelecimento de mecanismos de planejamento, programação, avaliação e controle determinado epidemiologicamente, e pela obediência às normas técnicas e administrativas das diversas instâncias decisórias do Sistema Nacional de Saúde.

(**) O programa de apoio aos Hospitais Filantrópicos, em fase inicial de desenvolvimento na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, tende a se constituir num exemplo desse novo tipo de relacionamento entre o setor público e filantrópico.

c) Relações do setor público com o setor privado (*) (**)

As relações entre o setor público e o privado foram se estabelecendo a partir da opção da Previdência Social em abandonar a prestação de serviços próprios, o que se analisou no capítulo II.

Desse modo, elas constituíram a base ideológica e material que permitiu o surgimento do sistema de compra e venda de serviços e da cultura bancária na Previdência Social.

A reorientação possível, ao nível dessas relações, não passaria pela reversão desse mecanismo de financiamento mas por mudanças qualitativas que permitissem criar – dada à impossibilidade de se prescindir do setor privado – uma complementaridade desse setor com os demais prestadores de serviços, obedecidos os princípios de reformulação do Sistema Nacional de Saúde.

De início, cabe ressaltar que a maioria dos contratos mantidos pelo INAMPS com rede hospitalar privada, data de 1976 e vêm tendo prorrogações automáticas, de validade jurídica discutível, desde então.(***)

Duas minutas-padrão foram aprovadas por Portarias Ministeriais nesse período (PT/MPAS/SSM/264/83 e PT/MPAS/SSM/278/84), porém ambas não puderam ser adotadas por impossibilidades técnicas.

Vale ressaltar que essas minutas de contratos-padrão se fizeram sob as determinações do Direito Civil, o que implica na absoluta igualdade entre as partes.

(*) As considerações feitas dirão respeito, exclusivamente, ao subsubsetor privado delegado. O subsubsetor privado típico não é abrangido pela gestão pública.

(**) Como setor público inclui-se o INAMPS que é, inquestionavelmente, nos termos do Decreto-lei 200/67, uma autarquia estatal.

(***) Se esses contratos são de Direito Público eles não podem, pelas normas do Código de Contabilidade Pública da União, sofrer prorrogações automáticas ou ter prazos de validade superiores há 5 anos.

Assim, do ponto de vista jurídico e como já se mencionou, o conceito de gestão pública vai exigir que uma nova relação contratual seja regida pelo Direito Administrativo, de modo a garantir o resguardo do interesse público, representado pelo contratante. (*)

Demais disso, o contrato deve estabelecer condições que induzam o contratado a se inserir numa rede regionalizada e hierarquizada de serviços, com sistemas de referência e contra-referência e um espaço-população definidos, a obedecer às normas de atenção à saúde emanadas do Ministério da Saúde e a um planejamento realizado à base de critérios epidemiológico-sociais.

Por fim, o novo pacto de relações estabeleceria sistemas de acompanhamento, avaliação e controle realizados pelo contratante e pelas instâncias colegiadas de gestão do Sistema Nacional de Saúde.

Em contrapartida, os contratados deveriam receber uma remuneração justa que cobrisse seus custos e permitisse os investimentos necessários.

Recentemente, estabeleceram-se negociações entre o INAMPS e os produtores privados, para a elaboração de uma nova minuta de contrato-padrão.

Apesar de não se ter chegado a um acordo o INAMPS apresentou ao Ministro da Previdência e Assistência Social, uma proposta, aprovada unilateralmente após várias modificações e que redundou na Portaria MPAS nº 3680, de 13 de janeiro de 1986.

Deve-se relevar que a proposta contém alguns avanços significativos como o reconhecimento do instituto do contrato de Direito Público, a declaração de inidoneidade, a execução de medidas auto-executórias e um conjunto de sanções que vai até à intervenção.

Nada obstante, é nítida a intenção maior do novo instrumento jurídico que é a de – mais uma vez refletindo a cultura bancária do INAMPS – prevenir as fraudes por parte dos hospitais contratados.

Não se encontram, no exame da minuta-padrão, as preocupações, colocadas anteriormente, relativas à inserção da rede hospitalar privada, de forma orgânica, no Sistema Nacional de Saúde.

Pelo contrário, a verificação comparativa entre a primeira e a última minuta evidencia que se retirou, da cláusula terceira, a determinação de que o contratado cumprisse as normas técnicas e administrativas das instâncias colegiadas das Ações Integradas de Saúde.

6. REORIENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS

Um Sistema Nacional de Saúde, orientado pelos princípios até aqui enunciados, irá exigir uma reorientação das políticas de recursos humanos, seja nos aspectos relativos à força de trabalho, seja naqueles vinculados à preparação de pessoal de saúde.

Os principais pontos de reorientação dessas políticas seriam:

a) Definição explícita das políticas nacionais, estaduais e locais de recursos humanos;

b) Estabelecimento de critérios de seleção e recrutamento ajustados à realidade dos serviços;

c) Obrigatoriedade de concurso público para todas as instituições do setor público federal, estadual e municipal, tanto da administração direta, quanto da indireta. Essa medida visaria a eliminar o clientelismo político num momento em que se procura reforçar, relativamente, o setor público;

(*) A publicação do contrato vai levar a uma vantagem adicional que é a da exigência de licitação para contratação, o que tenderia a diminuir as influências político-clientelistas que, muitas vezes, induzem a pactos desnecessários ou exorbitantes.

d) Estabelecimento gradativo da isonomia salarial, nos serviços públicos, para todas as categorias (*);

e) Adoção de mecanismos que incentivem o trabalho em tempo integral ou dedicação exclusiva dos profissionais, nos serviços públicos, combatendo a tendência ao múltiplo emprego e à dupla militância, o que concorreria para a superação da "cultura do bico" e da derivação de clientela;

f) Estabelecimento de mecanismos contratuais que estimulem a obrigatoriedade de cumprimento concomitante de carga horária e produção mínimas;

g) Implantação de planos de carreiras com possibilidades de progressão horizontal e vertical, a partir de avaliações de desempenho;

h) Superação gradativa das formas plurais de contratação existentes (CLT, estatutário etc.) por um regime único;

i) Valorização do conhecimento técnico na supervisão, considerando-a, portanto, como função e não como cargo (o que tende a burocratizá-la);

j) Reformulação da política de formação de recursos humanos de nível superior (graduação e pós-graduação), tendo em vista uma adequação, quantitativa e qualitativa, dos egressos às exigências do Sistema. Para tal, seria necessário aprofundar as discussões sobre oferta de vagas e abertura de novos cursos – à base de estudos sobre a força de trabalho no setor saúde – e desenvolver novos projetos pedagógicos que permitissem:

– Superar as dicotomias básicas x clínicas e teoria x prática, através da integração curricular;

– Integrar os espaços pedagógicos internos e externos, rompendo com os "muros" da academia e abandonando as propostas de "extensão";

– Estruturar os currículos tendo em vista as atividades integradas em cada nível de atenção do sistema de saúde e não pelas divisões do saber médico, expressas nas especialidades;

– Integrar serviço e ensino – tendo como eixo à investigação – através de modelos assistenciais localizados em espaços – populações concretos, o que vai significar um repensar das propostas tradicionais de integração docente-assistencial;

k) Incentivo à formulação de pessoal de níveis elementar e médio, estimulando o sistema formal e dando-se efetiva prioridade política ao programa "Larga Escala", enquanto formação em serviço;

l) Desenvolvimento e implementação de programas maciços de educação continuada, em atividades-meio, atividades-fins e atividades de direção, para pessoal de todos os níveis e de todas as categorias, articulados com possibilidades de incentivos ou progressões oferecidas nos planos de carreiras;

m) Estruturação de órgãos de desenvolvimento de recursos humanos em todas as instituições públicas e estímulo à preparação de pessoal técnico para o exercício dessas funções;

n) Implantação de um programa permanente de criação de condições positivas de salubridade no trabalho para todas as categorias profissionais envolvidas na prestação de serviços de saúde.

(*) Essa medida poderia ter como parâmetros os salários do INAMPS e deveria, necessariamente, estar acompanhada de outras medidas complementares sem o que, seria inócua. Estima-se que o custo da implantação da isonomia salarial com o INAMPS, em todas as Secretarias Estaduais de Saúde, seria de 1,33 trilhão de cruzeiros para médicos e 1,99 trilhão para todas as categorias de nível superior (Cr$ de 1986) BRASIL/MS. '**Política de Recursos Humanos para o Setor Saúde no Brasil**. Brasília, mimeo, 1986, p. 25.

7. REORIENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE TECNOLOGIA

As políticas tecnológicas serão, aqui, consideradas sob dois aspectos: as referentes ao desenvolvimento tecnológico e aquelas relativas à administração dos insumos críticos.

a) Políticas de desenvolvimento tecnológico

O objetivo dessas políticas seria o desenvolvimento da capacidade tecnológica do país, entendida como a possibilidade de pesquisar, produzir, selecionar e incorporar tecnologias adequadas às necessidades e demandas atuais e futuras do setor saúde.

Dentre outras, deveriam ser implementadas as seguintes:

– Financiamentos diretos ou incentivos econômicos para a indústria nacional e institutos públicos com o objetivo de fortalecer a pesquisa tecnológica e a produção nacional de equipamentos biomédicos, matérias-primas e insumos críticos;

– Formação de pesquisadores, tecnólogos e engenheiros para o desenvolvimento de pesquisas tecnológicas em saúde;

– Apoio a centros de pesquisa tecnológica em saúde, universitários ou não, públicos ou privados;

– Estabelecimento de diretrizes para política de compras de tecnologias importadas, incluindo critérios de seleção, padronização de procedimentos de compra e contratos, de modo a garantir a incorporação da tecnologia e assegurar adequadas condições de financiamento e manutenção;

– Normatização do uso da tecnologia complexa identificando, acompanhando e avaliando os centros de excelência capazes de incorporá-la;

– Desenvolvimento de pesquisas sobre eficácia, custos de procedimentos e implantação de programas de avaliação tecnológica;

– Desenvolvimento de sistemas de informações tecnológicas com dados sobre eficácia, segurança, efeitos adversos e custos;

– Incentivo à implantação de centros de excelência em manutenção tecnológica e formação de recursos humanos para essa área;

b) Políticas de administração de insumos críticos

– Fortalecimento político e administrativo da Central de Medicamentos;

– Revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, procurando diminuir os seus itens;

– Elaboração e distribuição de momento terapêutico da RENAME revisada;

– Estabelecimento de políticas de importação de matérias-primas e de controle de preços internacionais;

– Estímulo à criação de uma rede de laboratórios de controle de qualidade de matérias-primas, imunobiológicos e medicamentos;

– Racionalização e agilização dos mecanismos de guarda de equipamentos, imunobiológicos, medicamentos e outros materiais através de uma rede interinstitucional pública de almoxarifados estaduais, regionais e locais;

– Racionalização dos mecanismos de distribuição de equipamentos, medicamentos imunobiológicos e outros materiais pelos diversos níveis do sistema, procurando-se uma articulação interinstitucional;

– Apoio à modernização dos laboratórios públicos produtores de insumos, tendo como centro de referência a FURP;

– Implantação de sistemas permanentes de avaliação tecnológica;

– Implantação de uma rede de manutenção de equipamentos, hierarquizada e de caráter interinstitucional;

– Padronização e estímulo à produção nos laboratórios públicos dos insumos críticos necessários à realização de exames laboratoriais;

– Transformação do programa de emergência em atividade permanente de fornecimento gratuito de medicamentos pela rede de serviços;

– Estabelecimento de uma política de estímulo à utilização de fitoterapia eficaz;

– Revisão da legislação referente à doação de órgãos para transplante.

8. REORIENTAÇÃO DAS POLÍTICAS CIENTÍFICAS

A reorientação das políticas de desenvolvimento científico teria como objetivo o apoio e fortalecimento da pesquisa científica no campo da saúde, através da adoção de mecanismos e instrumentos de planejamento científico que promovessem a integração entre produção, divulgação e utilização do conhecimento na área da saúde.

– Fortalecimento institucional de unidades de coordenação e financiamento de pesquisas em saúde;

– Desenvolvimento de metodologias de planejamento da atividade científica em saúde, particularmente no que se refere à definição de prioridades de pesquisas consentâneas com as políticas de saúde e de desenvolvimento científico e tecnológico;

– Implantação de sistemas de informações científico-técnicos e indicadores que permitam analisar as tendências e perspectivas de produção científica e tecnológica, avaliar os recursos materiais e humanos existentes e suas capacidades de resposta às demandas sociais e avaliar o impacto da produção científica em relação às demandas sociais;

– Estabelecimento de programas integrados de investigação em saúde que procurem fomentar o desenvolvimento científico em determinadas áreas (por exemplo, saúde coletiva, doenças endêmicas, imunobiológicos, medicamentos essenciais etc.), promovendo a incorporação de seus resultados;

– Fortalecimento de grupos de investigação e formação de investigadores científicos e incentivos quanto a salários e condições de trabalho.

9. CONTROLE SOCIAL DO SISTEMA

O Sistema Nacional de Saúde, com as características expostas anteriormente, que permitiriam a superação do atual sistema plural e descoordenado sob o lema da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, iria exigir um controle estatal – sob a forma de gestão pública – sobre o conjunto dos setores prestadores de serviços e das modalidades assistenciais que estejam no âmbito de reformulação, tal como se estabeleceu no capítulo V.

Se o Estado assume, através da gestão pública, o controle do Sistema Nacional de Saúde, deve se perguntar a quem cabe o controle do Estado?

A resposta é óbvia. Esse controle deve ser exercido pela sociedade civil organizada, mediante participação direta ou delegada e/ou mecanismos de pressão, nas diversas instâncias gerenciais e operativas do Sistema.

E será a possibilidade mesma desse controle social que vai imprimir, a um sistema de saúde universalizado e equalizado, o seu conteúdo democrático.

Para que isso ocorra postula-se um Estado que seja transparente e dialógico com a sociedade civil.

Nesse sentido, as políticas de comunicação social deveriam ser revertidas da posição tradicional de produzir a imagem das instituições e de seus dirigentes (nem sempre reais) para uma outra, de informar verdadeiramente a população, para que ela, bem informada, possa ter elementos de controle sobre o sistema de saúde.

Essa questão da democratização do sistema, via controle social é, aqui, apenas colocada para marcar sua imprescindibilidade, não sendo, contudo, objeto de um maior aprofundamento, porque constitui um subtema específico da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a ser desenvolvido por outros autores.

Esses nove princípios referidos constituem as bases da reformulação do Sistema Nacional de Saúde.

A viabilização desses princípios – tendo como doutrina maior a saúde como direito de cidadania e dever do Estado – vai implicar em modificações substantivas no financiamento setorial.

Quer se sublinhar que a questão do financiamento não pode ser reduzida à dimensão de sua tecnicalidade porque é, fundamentalmente, política.

Financiamento é um problema político porque expressa o poder administrativo de apropriar e alocar os recursos escassos de uma dada sociedade, numa dada conjuntura. Ou seja, implica em decidir de que forma será distribuída a riqueza nacional, a que se destina e a quem beneficia.

Assim, o financiamento é, exatamente, o elemento central organizador do sistema de saúde.

Atualmente, parece ser consensual que gasta-se pouco com saúde e que esses recursos insuficientes são mal utilizados. Além disso, o financiamento setorial é altamente regressivo, o que contribui para a consolidação das desigualdades sociais.

As reformulações propostas, ao garantirem um sistema equalizado e democratizadas, vão exigir que se gaste mais e melhor e que mecanismos de financiamento progressivos sejam, gradativamente, incrementados.

Aqui não se entrará em discussões mais aprofundadas sobre o financiamento setorial na medida em que se trata de um tema específico da 8ª Conferência Nacional de Saúde, também a ser detalhadamente discutido em outros trabalhos que subsidiarão os debates.

VIII. CONCLUSÃO

A reformulação do Sistema Nacional de Saúde, nos termos propostos, para se materializar, vai requerer modificações em dois níveis: um macro, do reordenamento político-jurídico e, um outro, micro, da operacionalização de modelos assistenciais.

Esses dois movimentos devem se realizar concomitantemente, o que significa negar uma posição de linearidade ou etapismo na construção social do novo sistema de saúde.

Ao nível do reordenamento político-jurídico, haverá que se concentrar a ação mudancista na remoção do "entulho sanitário" do regime autoritário, expresso com maior vigor no tripé jurídico que sustenta o Sistema Nacional de Saúde: a Constituição de 1967/69, a Lei 6.229 do SNS e a Lei 6.439/77 do Sistema Nacional da Previdência Social.

No que concerne à Constituição, a luta dos setores democráticos deverá se concentrar no sentido de que se estatua, no texto, a doutrina da Reforma Sanitária, onde a saúde se colocará como a resultante do exercício de um conjunto articulado de direitos sociais à educação, ao emprego, ao meio ambiente, à previdência social, à habitação, à alimentação e nutrição, ao lazer, ao esporte e, também, aos serviços de saúde.

Disso decorrerá a inscrição, como princípio constitucional, dos serviços de saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Daí resultarão as reformulações nas outras leis mais significativas e de toda a legislação delas derivadas ou a elas relacionadas.

Contudo, dentro de um processo dinâmico, não se deverá esperar a manifestação formal do Congresso Constituinte para dar início à reformulação do Sistema Nacional de Saúde, uma vez que modificações gradativas poderão ir sendo feitas na legislação ordinária.

Convém ter claro que, apesar de sua essencialidade, as mudanças no nível político-jurídico, por mais avançadas que sejam, não garantirão, por si, a oferta de

serviços de saúde eficazes, eficientes e democratizados à população que, de resto, não se dão no abstrato.

É por isso que se torna necessário ir trabalhando desde já e aproveitando os espaços políticos, jurídicos e institucionais que se apresentam no regime de transição democrática, ao nível microssocial, no sentido da construção, de baixo para cima, de modelos assistenciais, referidos a espaços-populações determinados e que incorporem, gradualmente, nas suas concretudes, a doutrina e os princípios reorientadores do novo Sistema Nacional de Saúde.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE

FRANCISCO DE ASSIS MACHADO
Médico Sanitarista

1. INTRODUÇÃO

Neste texto, tomamos como significado de participação social em saúde o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde. Por isso, talvez, nossas reflexões devessem restringir-se ao controle social das práticas e ações que são desenvolvidas no âmbito de orientação do futuro Sistema Nacional de Saúde.

Ocorre, porém, que a consciência necessária para impulsionar a intervenção social no controle das políticas, para um determinado setor da administração do Estado, não se forma isoladamente. Ela se constitui a partir de uma concepção geral de vida predominante em dado momento da história de um povo. Concepção que inclui condições e características de um mundo que se deseja alcançar, e opções por caminhos alternativos para rompimento das cadeias que dificultam ou obstaculizam a construção do ser humano, enquanto espécie(1). E, assim, nos parece impossível tratar da participação social em saúde, num sentido restrito, sem passar por uma discussão dos pontos que condicionam a formação dessa consciência mais geral do que fazer, para se chegar a um mundo mais saudável, e que poderíamos chamar de consciência sanitária.

Um primeiro condicionante a ser considerado, no caso do povo brasileiro é o de que nosso desenvolvimento se dá tardia e dependentemente(2). Isto tem muitas conseqüências importantes para a formação de nossa consciência sanitária, das quais duas parecem merecer um destaque especial;

a) Os atores sociais podem se aproveitar das experiências vividas em outros países para subsidiar suas lutas políticas e intervenções no processo social. E, naturalmente, como os grupos dominantes detêm os melhores recursos para se apropriarem do saber, das informações e da memória social, eles podem tirar maior proveito da situação. Ocupando o poder político, podem antecipar-se às lutas e reivindicações e impedir seu desenvolvimento, segundo os cálculos de risco que possam formular.

Utilizando, então, a desinformação, os aparelhos ideológicos, o suborno e cooptação de lideranças e a repres-

(1) Referimo-nos alienação em relação à espécie, conseqüente ao trabalho assalariado. MESZÁROS, István. **MARX: A Teoria da Alienação.** Rio de Janeiro, Zahar, 1981.

(2) Ver Conceitos de Capitalismo Tardio e Hipertardio em ANTUNES, Ricardo. Classe Operária, Sindicatos e Partido no Brasil. São Paulo, Cortez-Autores Associados, 1982.

são de movimentos mais organizados, procuram retardar ou mesmo impedir a organização e a conscientização das camadas populares.

b) Há uma carência crônica de capital para investimentos e a necessidade de economizar excedentes se torna mais crucial, levando o Estado a buscar, por todos os meios, reduzir drasticamente os custos de produção. E isto vai repercutir nas políticas sociais sob a forma de uma extensão diferenciada de benefícios e direitos no que Santos chama de "cidadania regulada"(3). Além disto, o Estado passa a intervir mais intensivamente na economia, seja nas relações capital-trabalho favorecendo a superexploração dos assalariados, seja assumindo diretamente o papel de empresário. A questão da reunificação do poder de repressão com a propriedade dos meios de produção, separada no capitalismo, com o Estado-empresário merecem um estudo rigoroso, que ultrapassa em muito os limites deste ensaio. Devemos mencionar, entretanto, duas decorrências que nos parecem importantes: o reforço da solidariedade da burocracia estatal(4) com os produtores privados e a identificação dos trabalhadores de empresas estatais com o proletariado em geral. A nosso ver, isto leva a um particular acirramento da tuta de classes dentro do Estado.

O segundo ponto, ligado ao desenvolvimento tardio – ou hipertardio, no caso brasileiro – é que as grandes mudanças de orientação na ação do Estado ocorrem sob condução de forças conservadoras, em revoluções pelo alto. Por isso os movimentos de modernização na história da sociedade brasileira vêm acontecendo a partir de iniciativas das elites mais antiquadas, como aconteceu na abolição da escravatura, na Independência, na Proclamação da República, na Revolução de 30, na derrubada do Estado Novo, no movimento militar de 1964 etc. A participação popular, quando houve, fez-se sempre de forma manipulada por ideologias tais como o populismo e o nacional-desenvolvimentismo.

Há que se ressaltar porém que, nos últimos 21 anos, sob um regime autoritário, aconteceram profundas transformações levando a um quadro que Santos(5) identifica como necessário para uma nova mudança "na percepção e no comportamento das elites": extensão da divisão social do trabalho, intensificação da urbanização, complexificação social (diferenciação em classes e sua organização), mudança na estrutura de escassez e aumento populacional. E uma novidade: organização popular dando-se em muitos casos fora do controle do Estado.

Estas transformações, relacionadas com a modernização da economia, ou em outras palavras com a intensificação do desenvolvimento capitalista, representam a constituição de uma nova estrutura social de acumulação(6) que vai requerer readequações no ambiente institucional para favorecer um novo período de crescimento econômico. Readequações que vão atingir desde o sistema monetário e de crédito até as formas e padrões de participação e organização dos trabalhadores.

No campo da saúde, conquistas históricas dos trabalhadores – dentre as quais o direito à assistência médica gratuita provida pela previdência social – levam o governo à busca de formas mais eficientes de organizações do setor saúde para atender pres-

(3) SANTOS, W. G. **Cidadania e Justiça.** Rio de Janeiro, Campos, 1979.

(4) Em CARDOSO, F. H. **Autoritarismo e Democratização.** 2.ª ed. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1975. Há, inclusive, uma sugestão para a formação de um novo grupo social com interesses específicos e homogêneos, que se poderia chamar de burguesia-estatal.

(5) SANTOS. W.G., op. cit.

(6) Conceito Desenvolvido em GORDON, David et allii: Segmented Work, **Divided workers: the historical transformation of labor in the United States.** Cambridge, University Press, 1978.

sões de demanda que se tornam crescentes. Por um lado, pelo crescimento explosivo de novos "cidadãos" com direito à saúde e, por outro, por mudanças no perfil patológico da população brasileira, ambos os fatores decorrentes da intensificação do desenvolvimento capitalista. E, a partir dos anos 60, o Estado toma a iniciativa de inúmeros experimentos que visam encontrar modelos mais adequados, extensão de cobertura de serviços de saúde com baixo custo, quase sempre incluindo em suas diretrizes o estímulo à participação comunitária. Quaisquer que tenham sido os propósitos e objetivos do Estado, com a implementação dos programas de extensão de cobertura de serviços de saúde, o fato é que eles são aproveitados pelos setores mais progressistas do sanitarismo brasileiro para levar à frente práticas participativas que, se não têm grande impacto no sentido de fazer avançar a democracia, iniciam um longo e rico processo de resistência ao autoritarismo no setor. Encontros, seminários, reuniões, conferências passam a constituir espaços privilegiados de organização e articulação de quantos desejam a construção de um Sistema Nacional de Saúde democrática, eficiente e justo.

Acontecem as "SESAC" (Semanas de Estudos de Saúde Comunitária), onde se discutem as principais experiências vividas no país e se formam consciências que mais tarde serão decisivas na constituição de movimentos que vão orientar o pensamento mais progressista de saúde no Brasil: o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) e à ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva).

Cumpre assinalar, também, que os mencionados programas vêm introduzindo profundas alterações no processo técnico de trabalho do médico, parcelando suas atividades e atribuindo as tarefas resultantes a diferentes trabalhadores. Estes vão constituir o novo trabalhador coletivo subordinado ao capital nas "oficinas" – privadas e públicas – produtoras de serviços médicos. Paralelamente, ocorre o processo de assalariamento dos médicos que inicia-se ou intensifica-se após 1966, através de estímulos ao empresariamento, no setor, dados pelo governo com duas medidas: garantia de um mercado consumidor amplo e crescente, pela unificação dos IAP's e financiamento para apropriação privada de hospitais e equipamentos, via FAS (Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social). Este novo ator social – os trabalhadores assalariados da saúde – vêm cada vez mais engajando-se nas lutas gerais de todos os trabalhadores e, no setor, contribuindo para a sustentação de políticas democratizantes.

De resto, as mudanças institucionais já promovidas nos primeiros meses da Nova República sugerem otimismo para os que desejam a construção de uma sociedade mais livre e participativa. A convocação da Assembléia Nacional Constituinte garante maiores espaços de participação dos diferentes grupos sociais na expansão dos direitos de cidadania, direitos que poderão ser mais facilmente efetivados à medida que os partidos políticos, sindicatos e outras associações voluntárias da população tenham maior liberdade para organização e atuação.

2. PARTICIPAÇÃO SOCIAL COMO GARANTIA DE UM SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE UNIVERSAL E IGUALITÁRIO.

A extensão das relações capitatistas de produção e praticamente todos os ramos de atividades em todo o território nacional têm, como conseqüência, a necessidade de extensão da condição de cidadãos a toda população, já que o Estado capitalista, como bem afirma O'Donnel[7], fundamenta-se na cidadania. E não é por acaso que

(7) O'DONNELL, G. Anotações para uma Teoria do Estado II. **Revista de Cultura e Política.** Paz e Terra, n.º 4 1979-1981.

vemos lado a lado, solidárias na defesa de uma Assembléia Nacional Constituinte que instale um Estado de direito em nosso país, as diferentes frações de burguesia. A mesma burguesia que apoiou durante anos um regime arbitrário e que assume, agora, a defesa da formulação de estatutos de convivência para base de uma democracia estável. É que a estabilidade, indispensável para permitir um mínimo de previsibilidade necessária aos cálculos de risco dos empresários, só poderá ser obtida, duradouramente, em nosso atual estágio de desenvolvimento econômico-social, num regime democrático. Obviamente, porque os grupos subordinados conforme demonstraram em praça pública não parecem mais aceitar uma dominação sem condições, inscritas como direitos, no acordo maior de convivência social: a Constituição.

Mas a aceitação de condições (leia-se direitos) pelos grupos dominantes não se dá tão facilmente como eles procuram aparentar. Pois os direitos sempre limitam a exploração e, conseqüentemente, a acumulação.

E, mesmo o fato de que, em muitos casos, a efetivação de direitos seja funcional para a acumulação, não garante que isto aconteça automática e mecanicamente, pois a racionalidade do Estado não é ilimitada. Como diz Sorj(8) "(...) uma série de serviços sociais (especialmente de seguro de saúde e educação), ao mesmo tempo que determina padrões de vida mais altos para a classe operária, assegura mão-de-obra qualificada e sua reprodução física, exigências de uma produção que necessita de mão-de-obra cada vez mais qualificada e cujo custo de reposição é mais alto. Contudo, não se deve concluir que esta fosse a única solução possível ou mesmo a melhor para a burguesia monopolista. Esta solução foi imposta pela pressão reformista das organizações da classe trabalhadora". Sorj refere-se aqui à incorporação pelas classes dominantes da Inglaterra das reivindicações operárias no setor saúde e educação.

A efetivação dos direitos acordados vai depender fundamentalmente do grau de organização dos grupos dominados, de sua mobilização permanente, de seu acesso a informações básicas e da permeabilidade da tecnoburocracia estatal, condições que somente podem ser obtidas através de partidos políticos, sindicatos e outras associações voluntárias devidamente fortalecidas. Partidos e associações que não incorporem a visão de um Estado neutro, pluralista e guardião de interesses gerais, difundida pela ideologia burguesa ou, ao contrário, a de um Estado total e fatalmente preso à lógica do capital e imune à influência das classes dominadas. Ambas as visões são desmobilizantes e têm como suposto básico a idéia da permanência para todo o sempre da sociedade de classe.

Será necessário que os partidos populares, munidos de suas teorias de transformação do mundo, projetem novas instituições, novos relacionamentos políticos e sociais, novas formas de participação direta ou representada etc., conformando um novo "principado" a ser organizado pelo "príncipe", segundo os princípios que defendem e já explicitados por seus teóricos(9). Será necessário que os partidos e associações populares identifiquem seus aliados na burocracia estatal e passem a exigir deles comportamentos e atitudes coerentes com o projeto de transformação, pois o encastelamento no poder e a capacidade de cooptação e sedução das classes dominantes tendem a fazer com que mudanças, já agora possíveis, sejam sempre adiadas. E será necessário, sobretudo, que os partidos populares difundam sua ideologia, conquistando as massas para concep-

(8) SORJ, Bernardo. Teoria do Estado e Capitalismo de Estado in: MARTINS C. É. **Estado e Capitalismo no Brasil.** São Paulo, Hucitec – Cebrap, 1977.

(9) MARTINS, C. Estevam. Do Príncipe ao Principado por vias dos Princípios. **in: Estado e Capitalismo no Brasil.** São Paulo, Hucitec – Cebrap, 1977.

ções do mundo fundamentadas no reconhecimento das possibilidades de realização de uma sociedade sem classes, sem esquecer que o ponto de partida é sua existência atual com interesses antagônicos e dos esforços de participação popular para setores subordinados das políticas públicas.

É importante o desenvolvimento de programas de comunicação de massa que coloquem à disposição do povo informações que lhe permitam fiscalizar e cobrar o funcionamento desejado e prometido para os serviços de saúde, esperando que o povo faça isso mais autonomamente através de suas organizações voluntárias, ou diretamente nos próprios locais onde são atendidos.

A idéia é a de que, de posse de informações adequadas, o povo, diretamente ou através de suas organizações voluntárias, poderá fiscalizar os desempenhos dos serviços de saúde, pressionar níveis de decisão, claramente identificados, e cobrar dos governos compromissos eleitorais assumidos publicamente.

Sem pretender qualquer avaliação comparativa das propostas descritas de participação popular em saúde, mesmo porque não há elementos disponíveis que permitam fazê-lo, podemos afirmar que não parece haver importantes diferenças ou oposições entre representação direta ou representada da sociedade na formulação de políticas ou gestão dos serviços de saúde. Aliás, é impossível que uma outra se dê, exclusivamente, em sociedades ou agrupamentos mais complexos (12).

Mais importante, certamente, é que a participação se dê na defesa autêntica e sem desvios dos diferentes grupos de interesses. E tanto a participação direta, quanto a representada para serem autênticas e efetivas exigem a intervenção de instituições intermediárias, organizadas voluntariamente, na defesa de interesses homogêneos: sindicatos, partidos políticos, associações religiosas, grupos étnicos, movimentos específicos etc., que organizem o povo e dêem segurança de uma representação verdadeira e sem desvios. Porque tais instituições articulam solidariedades muito mais fortes, desenvolvem maiores compromissos de lealdade grupal e impõem disciplina mais eficaz aos representantes.

Os arcos de solidariedade que ultrapassam o âmbito local tais como aqueles que levam à organização de partidos, sindicatos, movimentos etc., parecem mais adequados à participação, pensada como contribuidora num processo de transição para uma verdadeira democracia. E o fortalecimento daquelas organizações parece mais importante que a busca de novas formas de organização popular para operacionalizar a participação social na formulação das políticas e na gestão dos serviços de saúde.

3. A PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES NA CONDUÇÃO DO SISTEMA PREVIDENCIÁRIO E DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Propostas de participação dos trabalhadores assalariados, como classe social, ao lado de outras classes em luta na administração direta de um Estado burguês, constituíram a base de várias experiências coorporativistas já vividas e em experimentação em muitos países, inclusive em algumas democracias burguesas mais avançadas da atualidade. São propostas coerentes com a visão pluralista do Estado e que pressupõem o reconhecimento de acordos mais permanentes sobre a estruturação da sociedade em classes, a aceitação das regras de regulamentação de conflitos e, em certo sentido, a aceitação pelos trabalhadores, enquanto classe, do Estado estruturado para afiançar relações de produção capitalistas.

Estas afirmações não devem levar à conclusão de que, neste texto, se assuma a

(12) BOBBIO, Noberto, **Qual Socialismo? – Discussão de uma alternativa.** Paz e Terra, **Rio de Janeiro**, 1983.

posição de que os trabalhadores assalariados, enquanto classe social, ao lado de outras classes em luta (pequenos proprietários rurais, camponeses, classes médias etc.), não devam estar presentes nos locais de decisão da administração pública. Pelo contrário, pensamos que, sempre, todas as classes sociais devem estar presentes naqueles locais para **fiscalizar** o cumprimento de acordos provisórios (pactos políticos, sociais e econômicos) ou iniciativas deles decorrentes.

Para nós, há uma única hipótese dos trabalhadores assumirem o governo enquanto classe. Seria através de seus partidos e com o compromisso e objetivos de realizar a transição para uma democracia que ultrapasse a democracia burguesa. Ou em coligações que permitam aos partidos dos trabalhadores realizar objetivos intermediários sem perder de vista o objetivo fundamental. Objetivo que deve estar claramente explícito nos programas partidários, já que numa transição para a democracia não há lugar para camuflagens dos propósitos de mudanças.

Nesta ordem de raciocínio, não parece aceitável que os trabalhadores, enquanto classe, devam avalizar decisões que cumprem ao partido ou partidos, no governo, tomar.

As experiências no País com a participão dos trabalhadores na administração da previdência social devem ser melhor avaliadas, mas, conforme W.G. dos Santos afirma, a intervenção dos trabalhadores na direção da previdência social impediu, durante longo tempo, a adoção de medidas de interesse da eqüidade nos direitos de cidadania[13]. Recentes manifestações de lideranças sindicais (ver documento que circulou no V Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados) defendem a assistência médica do INAMPS apenas para os contribuintes. E, finalmente, é bom não esquecer o "pele-guismo", que durante anos atrasou o movimento sindical no Brasil, certamente relacionado com o coorporativismo que, também durante muitos anos, marcou a relação entre governo e trabalhadores em nosso País.

Acreditamos, porém, que os trabalhadores, enquanto classe, poderão estar presentes nos locais de decisão, afirmando seus pontos de vista, zelando pelo cumprimento de compromissos assumidos, sem assumir responsabilidades nas decisões de governo. De que maneira? Em primeiro lugar, como representantes de partidos, de sindicatos, de movimentos e de outras associações voluntárias devidamente fortalecidos e organizados, de preferência, nacionalmente. Em segundo, assumindo apenas funções de consultoria, não deliberativas, através da participação em conselhos consultivos, de composição claramente definidas, e negociadas previamente com os grupos ou instituições representadas. Para ilustrar, pode ser tomada como exemplo a proposta formulada no INAMPS: extinção do CONASP e criação de um Conselho de Administração da Previdência Social. Tal Conselho teria a seguinte composição: o Presidente do INAMPS, o presidente do INPS, o presidente do IAPAS, 3 representantes das classes patronais, um representante da CUT, um representante da CONCLAT e um representante da CONTAG, mais o Ministro da Previdência, que seria seu coordenador. Este Conselho deveria se desdobrar em conselhos estaduais de administração da previdência social, e mesmo municipais, e poderia constituir comissões técnicas específicas para subsidiar suas opiniões em diferentes assuntos: saúde, benefícios, arrecadação etc.

Quanto à condução do Sistema Nacional de Saúde, torna-se necessário, antes de formular uma opinião, explicitar o que deve ser entendido como SNS. Nossa concepção do futuro Sistema Nacional de Saúde é a adotada pela Reunião de Trabalho sobre as Ações Integradas de Saúde, realizado em Curitiba, em agosto de 1984, sob patrocí-

(13) SANTOS, W. G.. op. cit.

nio do CEBES e da ABRASCO[14]: a de um Sistema Unificado e Federado de Saúde. Isto é, a de um Sistema em que as ações de saúde sejam unificadas e coordenadas por um único órgão dentro de cada esfera de governo e cuja condução se dê conjunta e solidariamente pelo município, estado e pela União. Esta condução poderá ser feita através de colegiados organizados em nível municipal, estadual e federal sempre com a representação das três esferas de governo, o que parece indispensável, desde que a intenção seja a de fortalecer um modelo de organização político-administrativo orientado por princípios federativos. Sem isto, uma divisão do trabalho para definição de políticas de saúde que se faça no sentido do geral para o particular, segundo uma ordem de dimensões de abrangência (União-estado-município) poderá resultar numa hierarquização e subordinação entre as unidades político-administrativas indesejável, segundo nosso ponto de vista. Os referidos colegiados, de articulação das três esferas de governo, poderão se articular, a exemplo do que foi sugerido para a previdência, com conselhos consultivos, onde estejam presentes as classes em luta, adequando-se sua composição.

Será importante, ainda, não esquecer a imensa contribuição que podem dar na condução da previdência social e do Sistema Nacional de Saúde os trabalhadores previdenciários e os do Sistema de Saúde em seus diferentes níveis, como já fizemos referência, seja engajando-se nas lutas gerais de todos os trabalhadores assalariados, seja através de suas lutas específicas por melhores condições de trabalho e democratização das instituições.

Para concluir, queremos enfatizar que não tivemos, neste trabalho, qualquer pretensão de apontar receitas ou caminhos. Procuramos apresentar um ponto de vista sobre tópicos que nos parecem importantes na discussão da participação social em saúde. Usamos intencionalmente uma linguagem agressiva e mesmo provocativa, pois pensamos que um texto para a 8ª Conferência Nacional de Saúde deve ser principalmente estimulativo de discussões e, até, de contestações. E partimos do ponto de vista de que a transição para a democracia não se completará com a instituição de um estado de direito próprio das democracias burguesas. Acreditamos que se deva ir além, buscando uma democracia popular – cujos contornos não estão claros, o que coloca, de "per si", para os intelectuais orgânicos, um desafio a mais – sem perder de vista que o objetivo final é uma democracia sem adjetivos, assentada numa sociedade sem classes.

(14) Relatório Final da Reunião de Trabalho sobre Ações Integradas de Saúde. ABRASCO – CEBES. **Revista Saúde em Debate,** n.º 17, julho de 1985, p. 23 – 24.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO PARANÁ

LUIZ CORDONI JÚNIOR
Secretário de Estado de Saúde e do
Bem-Estar Social do Paraná

1. O PRESENTE E O FUTURO DA DEMOCRACIA

Neste momento em que a Nação afirma a vontade de inaugurar uma etapa nova de sua história, estamos conscientes de que são necessárias experiências novas, modelos alternativos capazes de consolidar as mudanças estruturais almejadas pela maioria da população. Como fruto da mobilização popular, temos hoje um governo saído da frente de oposições ao domínio militar. Cabe, no entanto, a indagação: que tipo de democracia podemos ter? Ou seja, quem exercerá o poder real na nova organização política? A construção de uma democracia real, e não meramente formal, na qual a igualdade política se fundamente na igualdade social, exigirá o aprofundamento das conquistas populares, firmando o crescimento e a agilização das organizações populares como instrumentos adequados de exercício do poder.

Isto implica, necessariamente, no desenvolvimento da prática e da teoria de uma nova organização social, na qual a participação direta do povo nas decisões políticas passe a ser realidade. O futuro está em aberto, como desafio a ser enfrentado. A própria luta pela Assembléia Nacional Constituinte será um passo a mais no processo de construção de um sistema que organize e reforce o poder popular, a fim de que o próprio povo possa ir elaborando o seu projeto político, o seu modo de organizar a sociedade.

É neste contexto de desafio que queremos situar a presente análise acerca da participação social em saúde, a partir das experiências ensaiadas no Paraná, após 1983.

2. OS CONCEITOS DE PARTICIPAÇÃO

Diversos têm sido os conceitos e as práticas de participação social na área da saúde. Evidentemente, recorrer às tipologiais não significa que, na prática, se encontrem modelos acabados, perfeitamente coerentes com tais tipologias. Em geral, as diversas formas de participação estão imbricadas umas nas outras, na medida em que a realidade social, por ser dinâmica, é sempre contraditória (Amann, 1977). Entretanto, a divisão da participação em diversos tipos tem a finalidade didática de facilitar sua conceituação e propiciar uma base mais adequada para a análise crítica.

Uma das formas sob a qual aparece o conceito de participação é a participação como estratégia para a mudança cultural. Tal concepção lastreia-se na teoria da Modernização, que concebe a sociedade como constituída de segmentos "atrasados" e "modernos". A participação, dentro deste enfoque, cumpriria a função de "moderni-

zar" os setores atrasados da sociedade, considerando estes últimos como responsáveis pelas diferenças regionais e pelas diferenças entre os diversos segmentos da sociedade. É evidente que esta concepção procura ignorar ou velar os aspectos estruturais – que condicionam tais diferenças sociais.

Outro conceito de participação é a que a entende como um processo de integração de grupos marginais. Pensando o todo social como um todo harmônico, parte do princípio da disfuncionalidade, representada por determinados grupos que se mantêm à margem do processo social. Tal visão, ignorando igualmente os condicionantes estruturais das diferenças sociais, instaura uma certa "moralidade" (Faleiros, 1985), gerando uma distinção entre os que "merecem" e os que "não merecem" pela sua participação.

Uma terceira forma de participação, que retrata uma prática da tradição, notadamente do campo, é a do trabalho gratuito, geralmente em mutirão. Esta forma, que na sua originalidade significa um processo de associação espontâneo e altamente positivo, ao ser resgatada pelas instituições, adquire o aspecto de exploração adicional da força de trabalho para além daquela que a estrutura social habitualmente o faz.

O associativismo, outra forma comum de participação, apesar de sua indiscutível importância na organização da participação popular, carrega em seu bojo a possibilidade de esgotar-se nas questões concretas e imediatas, tornando-se um fim em si mesmo. No entanto, é mister assinalar que, enquanto assumido como pedagogia de participação, estabelecendo o fluxo entre reflexão comunitária e ação grupal, pode servir como ponto de partida para uma visão mais ampliada e crítica dos problemas estruturais da sociedade.

A adesão a planos de desenvolvimento é outra forma de participação (Baptista, 1976), freqüentemente manipulada pelo aparato estatal com o fito de amenizar a oposição às suas diretrizes garantindo a adesão da população. A fim de servir aos interesses ideológicos do Estado, é controlada por ele, atendo-se à visão local imediata dos problemas levantados. No entanto, na medida em que envolve a participação popular na resolução de alguns problemas concretos, ela tem podido servir como ensaio de prática participativa com alguma proximidade com os níveis de decisão (Amann, 1977).

Finalmente, dentro da tipologia utilizada por Amann, 1977, está a participação enquanto prática transformadora. Esta leva em conta, permanentemente, a correlação de forças dos diversos setores sociais em jogo. Partindo das necessidades concretas dos grupos, tal prática leva em conta "a intencionalidade, o compromisso dos técnicos nela engajados e o método não indutor por eles utilizados".

Muito embora a participação social como prática transformadora seja o eixo condutor do processo de participação que se busca implantar no Paraná, freqüentemente as práticas realizadas concretamente têm assumido uma fisionomia parecida com algumas das formas antes relatadas. O que a diferencia, fundamentalmente, é o fato de ser uma prática que tem, como pano de fundo e como intencionalidade, a transformação social.

3. AS RELAÇÕES ENTRE O AVANÇO DEMOCRÁTICO E A PARTICIPAÇÃO

Não se pode separar a prática da participação social do desenvolvimento político-institucional da Nação. A prática da participação social setorial não é possível senão com o concomitante desenvolvimento da democracia (Scandian, 1982).

Assim é que, no Paraná, as possibilidades de desenvolvimento da participação social na área da saúde permaneceram na marginalidade, tendo como espaço de expansão apenas as experiências esporádicas abriga-

das, quer no espaço universitário, quer num ou noutro trabalho ligado a prefeituras municipais.

Anteriormente a 1982, durante o regime autoritário, foram nestes pequenos espaços que vicejou um pouco da prática participativa e, principalmente, se cultivou a fermentação teórica acerca do processo. Teve especial importância a vitalidade da atuação do CEBES no cultivo. Máxime teórico, das idéias de participação.

O ano de 1982, marcado pelas atividades político-eleitorais, abriu maiores espaços democráticos para que as propostas de trabalho em saúde, envolvendo a participação, pudessem ser colocadas para discussão. Após a eleição direta do governador do estado, estas propostas puderam ser colocadas em prática, após terem sido amadurecidas no debate político-eleitoral.

4. A PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NO ESTADO DO PARANÁ

A participação social na área da saúde, no Estado do Paraná, pode ser dividida, a fim de facilitar sua compreensão, em três setores distintos: a participação popular, a participação no interior da instituição e as Ações Integradas de Saúde. Evidentemente, estas dimensões não são estanques, inter-relacionando-se dinamicamente entre si.

4.1. A PARTICIPAÇÃO POPULAR

O processo de participação popular tem sido viabilizado pela Secretaria da Saúde, através de uma ampla discussão das ações de saúde com a população.

Uma série de práticas tem sido implementadas para a viabilização deste processo, dentre as quais a mais representativa, pelo efeito catalisador obtido, é constituída pelos Encontros Regionais de Saúde.

Tais Encontros objetivam dar conhecimento das ações de saúde que o Estado desenvolve à população; discutir com a população suas reivindicações e a Ação do Estado; adequar as ações do Estado aos interesses da população. Além disto, a democratização das informações sobre saúde que ocorre no bojo do processo abre pespectivas para uma visão mais ampla da saúde no contexto da estrutura social como um todo que se inter-relaciona.

Os Encontros vêm acontencendo em diferentes cidades do Estado, todas elas sedes regionais, havendo totalizado, até o final de 1985, 11 regionais das vinte então existentes no Paraná. Entre os participantes. (dentre os quais se incluem os profissionais de saúde, técnicos e habitantes das áreas urbanas e rural) contaram-se aproximadamente 15.000 pessoas.

Os Encontros Regionais são precedidos por microencontros, a nível municipal, com os técnicos das regionais e a população, aproveitando-se todos os canais associativos já existentes: igrejas, CEB's, sindicatos, movimentos etc. Nestes, são levantados os assuntos de interesses a serem levados para os Encontros Regionais. Alguns temas têm sido recorrentes, como: Saúde do Trabalhador, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde da Boca, Saúde Mental, Política de Medicamentos, Saúde e Constituinte. No entanto, sempre surgem temas que expressam problemas específicos de determinado meio, como por exemplo os agrotóxicos e suas conseqüências. Estes assuntos são discutidos, em grupos, pela população, nos Encontros Regionais. As propostas são levadas à plenária final, no encerramento do encontro. Cada um destes tem mobilizado de mil a duas mil pessoas, ocorrendo geralmente num domingo, durando o dia todo.

Verifica-se que, no atual estágio, as comunidades começam, juntamente com as equipes locais de saúde, a discussão para a formação de Comissões de Saúde, hoje atingindo a cifra de 150, em todo o Estado. As Comissões de Saúde servem como canal de discussão permanente entre a população e a instituição.

Desde os primeiros Encontros, a preocução da Secretaria da Saúde tem sido a de

ampliar os espaços e abrir mais canais para que a população possa participar efetivamente a nível de planejamento, decisão e controle. Embora esteja claro que a finalidade da participação é esta, tal objetivo somente será atingido através de um processo gradativo de tomada de consciência. A criação das Comissões de Saúde, os Encontros Regionais e os microencontros, passando pelos seus desdobramentos, ensejam que, pouco a pouco, a população participe, de forma plena, do planejamento, decisão e controle das ações de saúde, das quais deve ser sujeito e não paciente.

4.2. PARTICIPAÇÃO NO INTERIOR DA INSTITUIÇÃO

É outro processo em curso na Secretaria de Saúde, envolvendo a totalidade dos funcionários, através de dinâmicas de grupo, na avaliação dos serviços, na proposta de sua melhoria e na correção dos erros eventualmente constatados.

Este processo, desencadeado recentemente, vale-se de uma metodologia que tem por objetivo garantir a liberdade de opinião e o anonimato de sua expressão, aliando-se a possibilidade de discussão dos assuntos relatados, hierarquizando os aspectos positivos, negativos e as sugestões. Através deste processo, busca-se propiciar, também aos funcionários, um elevado grau de participação no planejamento, decisão e controle dos serviços, como a própria mudança do conceito tradicional de serviço público.

Não se tem ainda uma avaliação deste processo, na medida em que está em curso. Está programado, para um futuro próximo, o retorno desta dinâmica envolvendo todos os 6.000 funcionários da Saúde para, nesta segunda etapa, discutirem as decisões a serem tomadas com base no diagnóstico e sugestões apontadas na primeira fase.

4.3. AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE E PARTICIPAÇÃO

As ações integradas de saúde no Paraná atingem hoje, já com 11 meses de funcionamento, o conjunto dos órgãos estaduais (hospitais e centros de saúde de todos os municípios do Estado) além de 13 prefeituras das maiores cidades que possuem redes municipais de saúde. Recentemente, integraram-se a esta estratégia das ações integradas a maioria dos municípios paranaenses.

A implantação das ações integradas de saúde tem propiciado o incentivo à participação institucional, através da CIS, CRIS e CIMS. O nível de participação dos segmentos organizados da sociedade é ainda muito pequeno; no entanto, entende-se que a integração interinstitucional constitui-se num importante passo para a ampliação da gestão participativa.

Muito embora a participação social, a participação – no interior da instituição e as ações integradas de saúde constituam as três principais vertentes do processo de participação – ensaiado no Paraná, todas deverão confluir para um mesmo estuário, cabendo às ações integradas de saúde a estratégia de fortalecimento da participação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação é a única garantia de evolução dos serviços de saúde, no sentido de se tornarem efetivamente voltadas para as reais necessidades da população. É, ademais, a única garantia de que tais serviços estarão vinculados ao processo de construção de uma sociedade democrática, garantindo, em seu interior, um sistema nacional de saúde universal e igualitário.

Muito embora as modalidades de participação possam ter diversas fisionomias, o fundamental é que se garanta a intencionalidade desta participação na linha da mudança, em profundidade, da estrutura social. Neste sentido, a participação direta e autêntica dos segmentos representativos da maioria da sociedade brasileira na formulação das políticas e na gestão dos serviços é objetivo permanente.

Entretanto, a construção deste processo pode passar, como por vezes passa, pela

constituição de representações formais nem sempre diretamente ligadas aos interesses da classe trabalhadora. São etapas necessárias de um processo de transição paulatino. No entanto, deve-se considerar as representações formais como etapas intermediárias e provisórias para que se conquiste a participação efetiva, completa e representativa da classe trabalhadora e da população, tanto na condução do sistema nacional de saúde como na condução das políticas capazes de contribuir na construção de uma sociedade democrática política e socialmente.

REFERÊNCIAS

Amann, S.B. **Participação Social.** Cortez & Moraes Ltda., São Paulo, 1977.

Baptista, M.V. **Desenvolvimento de Comunidade**. Cortez & Moraes Ltda., São Paulo, 1976.

Baptista, M.V. **Planejamento.** Cortez & Moraes Ltda., São Paulo, 1977.

Faleiros, V.P. **Saber Profissional e Poder Institucional.** Cortez Editora, São Paulo, 1985.

Farias, F.F. Associação e o significado de participação. **Revista Serviço Social e Sociedade.** nº 9 (agosto), 1982.

Scandian, M.N.O. O conceito de participação social na perspectiva de integração e de transformação social. **Revista Serviço Social e Sociedade,** nº 9 (agosto), 1982.

DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO

NELSON RODRIGUES DOS SANTOS
Secretário Municipal de Saúde de
Campinas

1. O PANO DE FUNDO NACIONAL

Os vinte anos, de 64 a 84, ao lado da inquestionável modernização de setores fundamentais da produção nacional, "premiaram" a nação e a população com cinco macrodistorções, profundamente antinacionais e antipopulares:

1. Perversão do caráter inicialmente nacional e popular das Empresas Estatais, na medida em que foram obrigadas a captar cada vez mais dinheiro em moeda estrangeira, com a finalidade de girar a divida externa.

2. Descomunal hipertrofia e direcionamento dos fluxos financeiros públicos, para a acumulação e especulação de certos ramos do setor privado – seja para o sistema de empreitagens e subempreitagens, seja para absorver empresas privadas falentes por bancos públicos (às vezes reprivatizando-as posteriormente), seja para transferir vultosos recursos para certos fornecedores de insumos (nacionais e estrangeiros) etc.

3. Inundação da praça por verdadeiro festival de falsas empresas públicas, fundações e autarquias, não para agilizar os fluxos públicos, mas sim para esvaziar a administração direta e fugir do controle público.

4. Marcante queda da eficiência e qualidade dos serviços públicos que promovem diretamente a qualidade de vida da população: o ensino, a saúde, o abastecimento de alimentos básicos, o transporte coletivo nos grandes centros urbanos etc. Estes serviços foram quase que totalmente privatizados e entregues às leis do mercado.

5. perda do caráter público do Estado, através da privatização dos procedimentos estatais, da verdadeira perversão dos seus meios e fins, da queda do seu caráter regulador sobre os órgãos públicos e privados, enfim, através da implementação de políticas públicas regressivas, concentradoras da renda e, por isso, antinacionais e antipopulares.

2. O PANO DE FUNDO MUNICIPAL

Para fins deste trabalho julgamos que o Município deva ser encarado sob dois ângulos:

1. Enquanto instância de poder, aproxima-se da visão do "poder local", isto é, do poder emanado de uma comunidade capaz de gerar, em sua área geográfica, um mínimo de riqueza, de produzir um mínimo de bens e serviços e de conseguir um mínimo de participação no processo da distribuição dessa riqueza e dos bens e serviços. Abaixo destes "mínimos" seria impensável a questão do poder. Acima destes mínimos este poder emerge e expressa-se por:

a) Representatividade e legitimidade das lideranças locais que:

- Vivenciam o dia-a-dia das realidades da comunidade;
- Identificam com mais realismo e sensibilidade às necessidades e prioridades da comunidade;
- Identificam com mais realismo e viabilidade as soluções adequadas, e

b) Maior acessibilidade da população aos seus líderes, tanto os ligados ao setor executivo corno ao legislativo, o que redunda em pressão diária da comunidade sobre os seus líderes.

Estas características de poder local transpareceram mais no início da colonização do nosso país, quando então os municípios brasileiros eram os grandes marcos, tanto no povoamento e expansão das fronteiras, como na defesa contra invasores estrangeiros. Estas características foram, porém, reprimidas aos poucos, com o avanço e a modernização do processo colonizador: a riqueza nacional passava a ser produzida em regiões mais extensas e a sua remessa às metrópoles necessitava de negócios "em bloco" com maior segurança, realizados preferentemente na capital. Da vocação histórica do poder local, os municípios foram obrigados a se revestir do papel crescente de executores das normas e exigências estaduais e principalmente federais.A partir da reforma tributária de 1967, os municípios receberam o derradeiro golpe, ficando em média com 3 a 5% do que nele é arrecadado, enquanto que nos países desenvolvidos essa porcentagem oscila entre 25 a 40%.

2. Os critérios pelos quais as comunidades passaram a constituir-se em municípios foram profundamente atingidos pelo clientelismo e populismo do nosso Estado paternalista e, por isso, uma grande parte, provavelmente, não preenche condições mínimas de poder local, mas que foram guindados a município por contingência de clientelismo eleitoral. Estes municípios localizam-se entre os quase 70% com menos de 20.000 habitantes, dos aproximadamente 4.000 municípios brasileiros. Nestes casos, o poder local deverá ser entendido, provavelmente, por aglomerados de municípios, consorciados em microrregiões.

Como deve ser encarada a reversão desta repressão de muitas décadas contra o "poder local" e o município?

3. A QUESTÃO DA MUNICIPALIZAÇÃO

Que não é propriamente de municipalização.

É, antes disso, de desconcentração da riqueza e da produção de bens e serviços, assim como da correspondente descentralização do poder e das decisões político-administrativas (hoje nas mãos dos estados e, principalmente, da União).

A vocação histórica do poder local (ora reprimido), a pulverização clientelista dos municípios e as regiões metropolitanas colocam em primeiro plano a necessária lucidez das lutas democráticas, a fim de que:

a) uma reforma tributária conseqüente, e

b) a redefinição do equilíbrio dos poderes federal, estadual e municipal, venha corresponder à maior participação política, econômica e social das grandes maiorias da população.

4. O SURGIMENTO DAS AIS

Ligando todas essas questões à área da saúde, constatamos que o atual modelo, concebido a nível nacional, foi inculcado aos municípios. Isto chega a explicitar-se na Lei Federal nº 6.229 e na Lei Orgânica dos municípios. Este modelo caracteriza-se segundo o esquema:

Setor Privado

1. Instala-se segundo as leis de mercado e sua capacidade de vender serviços a órgãos públicos, principalmente o **INAMPS**, cujos contratos não estão vinculados aos processos de licitação e/ou concessão pública e o conseqüente controle de interesse público. Não há maior compromisso com a hierar-

quização e regionalização dos serviços e o interesse social. Esta relação propiciou que o país se tornasse o "paraíso" das multinacionais de equipamentos e medicamentos e, também, dos grandes empresários médico-hospitalares e laboratoriais.

2. A sua cobertura da população, qualidade e quantidade dos serviços prestados e os preços não são regulados com predominância do interesse público.

Setor Público

1. Baixíssimas porcentagens de participação nos orçamentos: federal (Ministério da Saúde), estaduais (Secretarias da Saúde) e municipais (Secretarias ou Departamentos de Saúde). O mesmo em relação aos serviços próprios do INAMPS, no seu orçamento.

2. Inexistência ou precariedade da rede de serviços básicos e hospitais públicos regionais e baixíssimos resolutividade da rede básica.

3. Altíssimos índices de ociosidade.

4. Desintegração entre os órgãos federais, estaduais e municipais e grande distorção dos papéis e responsabilidades dos três níveis de governo (incluindo ausência de compromissos com a cobertura da população por órgão e por atividade).

Devido ao aprofundamento das suas contradições intrínsecas, assim como ao avanço das lutas democráticas, este modelo nacional, hoje, desagrega-se e abre espaço para o embrionamento de um modelo mais progressista, moderno e social, expresso pelo desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde (AIS). Basicamente:

- Repasses do INAMPS para os estados e municípios ampliarem e elevarem a resolutividade da Rede Básica e dos Hospitais Regionais.
- Gestão das AIS por comissões pluriinstitucionais nos níveis municipal, regional, estadual e federal.
- Racionalização e adequação dos órgãos próprios do INAMPS à integração e hierarquização.
- Modernização e moralização dos procedimentos de compra de serviços privados.

Todas estas medidas encontram-se ainda em fase embrionária, com exceção da primeira, que já revela alguns resultados positivos, apesar de ainda em poucos lugares. Constituem, porém, os primeiros passos e a antevisão de um novo sistema de saúde, pluriinstitucional, mas unificado nas suas diretrizes de integração, hierarquização, regionalização e democratização.

Qual o papel dos municípios neste processo?

5. OS MUNICÍPIOS E AS AIS

No primeiro qüinqüênio dos anos 70, vários municípios médios e capitais de estados iniciaram a busca de alternativas para a atenção à saúde da sua população. Já opunham certa resistência à reprodução do modelo nacional que, no município, privilegiava as especialidades médicas, o pronto-socorro, o hospital municipal (ou subsídios municipais a hospitais privados), ou simplesmente ambulâncias para remoção. Esta resistência estendia-se, também, à reprodução do atendimento prestado pela rede das secretarias estaduais, devido a sua limitação na faixa materno-infantil, com baixíssima cobertura e resolutividade.

A busca de alternativas iniciou-se pela simples desconcentração da atenção ambulatorial, em direção às periferias urbanas e, por vezes, a vilas rurais, através de pequenos postos avançados de atendimento intermitente, muitas vezes por especialistas, e até mesmo atendimento móvel, com viaturas especiais. Este início, apesar de extremamente precário e tímido, já era expressão e intuição, geradas pela sensibilidade do "poder local", do que viria a se constituir nas primeiras experiências de atenção primária à saúde em nosso país, baseadas em postos comunitários e em profissionais não especializados.

Estas buscas e experiências suscitaram várias trocas de experiência e, em 1978, o primeiro Encontro de Secretários Munici-

pais de Saúde das capitais do Nordeste. Ainda em 78, o Encontro de Secretários de Saúde de Campinas (SP), em 79, o de Niterói (RJ) e muitos outros, como o de João Pessoa, o de Belo Horizonte, o de São José dos Campos (SP) etc. Em 1985, os Encontros Municipais de Saúde de Montes Claros (MG), Joinvile (SC), Poços de Caldas (MG), Criciúma (SC) e Bauru (SP) já trazem a marca forte da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da Constituinte.

Estes encontros revelam as iniciativas e realizações municipais em saúde, como muito mais próximas às recomendações da Conferência Mundial de Alma-Ata. Avançam na área da atenção primária e fustigam, cada vez mais, os obstáculos, ainda não transpostos, que se opõem ao desenvolvimento do sistema de referência e contra-referência e do suporte laboratorial da rede básica.

Em outras palavras: o desenvolvimento das experiências municipais de atenção primária à saúde vem exigindo, para a sua própria sobrevivência, uma boa articulação com os níveis mais complexos de serviços de saúde, principalmente com o nível secundário. Este processo intensifica-se a partir de 1983, quando as eleições municipais colocam nas prefeituras os candidatos mais progressistas e democráticos.

Hoje, os municípios que mais avançaram nas suas redes de unidades de atenção primária à saúde estão enfrentando e superando questões programáticas e operacionais, tais como:

- Implantação da sua rede física própria.
- Definição e cumprimento de metas de cobertura por atividade.
- Padronização e compra de medicamentos básicos.
- Padronização e consecução de apoio laboratorial básico.
- Definição e bom assalariamento do seu quadro de pessoal.
- Desenvolvimento de sistemas de reciclagens e supervisão adequados.
- Colheita de material de exame nas próprias unidades.
- Sistema de transportes adequado.
- Maiores porcentagens orçamentárias do tesouro municipal para saúde.
- Melhor capacitação administrativa e gerencial etc.

É importante notar que, também a partir de 1983, as eleições estaduais colocam nos respectivos governos candidatos mais progressistas e democráticos e, a partir daí, algumas secretarias estaduais de saúde dão os primeiros passos em direção a:

- Maior respeito às realidades e iniciativas regionais e municipais e às redes de atenção primária à saúde de vários municípios médios e capitais de Estado.
- Descentralização politico-administrativa às suas instâncias regionais.
- Transferência formal de várias responsabilidades aos municípios médios de mais iniciativas.
- Propostas integradoras com os municípios de um modo geral.

Até onde estamos informados, este fenômeno ocorre mais intensamente nos Estados de São Paulo, Paraná e Minas Gerais.

Tendo o processo democrático como o grande facilitador dos avanços, é justamente em 1983 que as AIS são assumidas pelo governo federal (Ministérios da Saúde e Previdência e Assistência Social) e, com isto, embrionando um novo Sistema Nacional de Saúde.

A busca tensa e intensa do movimento municipal de saúde, de articulação e suporte dos serviços de complexidade, secundária e a emergência das AIS fundem-se, hoje, numa mesma estratégia. Esta estratégia inclui, também, o salto funcional das unidades de saúde do Estado para a atenção integral à saúde, ao nível primário e com a maior resolutividade possível.

6. RUMO E PERSPECTIVAS

As AIS vão passando de simples racionalização, para embrionar um sistema de

saúde moderna e social, na medida do avanço e consolidação da Democracia em nosso país. Dois grandes marcos para 1986: a Conferência Nacional de Saúde e a eleição da Assembléia Nacional Constituinte e, mais à frente, a nova Constituição.

Contudo, todas as conquistas possíveis, desde já, devem ser empreendidas sem esperar pelos marcos.

Dentro da perspectiva histórica do nível local assumir sua própria programação e execução dos serviços básicos de saúde, os municípios médios e grandes, ou consórcios de municípios pequenos, deverão credibilizar-se através de um esforço adicional, mesmo antes da Reforma Tributária e da redefinição dos papéis da União, estado e município. Seguem, abaixo, algumas posições e princípios, gerados na experiência de Campinas (SP) e baseados no que se passa em várias outras regiões do país.

Princípios Para Uma Política Municipal De Saúde

1. A saúde é direito inalienável de cidadania de todo ser humano, independente das classes, raças, credos religiosos e políticos, e, por isso, dever do Estado.

2. Apesar do papel intransferível dos serviços de saúde, na elevação dos níveis de saúde da população, a Prefeitura Municipal deve reconhecer os limites desses serviços e o papel determinante do consumo de alimentos básico por toda a população, da habitação salubre e saneamento básico também para toda a população, e do pleno emprego e salários justos para os que se encontram em condições de trabalhar, na elevação dos níveis de saúde.

3. Quanto aos serviços de saúde, deve caber ao poder municipal a participação, conjuntamente com os poderes estadual e federal, na regulação da oferta de serviços, públicos e privados, com a finalidade de assegurar a toda população, por igual, fácil acesso aos serviços básicos de saúde e, quando necessário, aos serviços mais complexos, estes, de responsabilidade maior do estado, União e entidades privadas.

4. A maior responsabilidade de investimento da prefeitura municipal, em saúde, deve ser na rede municipal de centros de saúde, que, ao oferecer serviços básicos de boa qualidade, está resolvendo mais de 80% dos problemas da população, na área de competência dos serviços de saúde. Dentro desta responsabilidade situam-se, ainda: a promoção da salubridade domiciliar, peridomiciliar, dos estabelecimentos de uso público e, em integração com a secretaria estadual da saúde, a salubridade dos alimentos, o controle de zoonoses e a promoção da saúde das crianças matriculadas nas creches, pré-escolas e escolas. Essa mesma responsabilidade, em relação ao hospital municipal, deve ser compartilhada majoritariamente com o estado e, principalmente, com a União, assim como com entidades filantrópicas já existentes.

5. A plena realização das responsabilidades da prefeitura municipal na área de saúde deve passar, obrigatoriamente, pelo cumprimento de:

a) Redefinição dos papéis do município, estado e da União, na organização dos serviços de saúde, tendo-se como metas a integração, hierarquização e regionalização, aonde a rede de serviços básicos venha a ser ampla e de boa qualidade e, por isso, a maior porta de entrada no sistema. Rede esta, de serviços básicos, de responsabilidade tipicamente municipal.
b) Profunda reforma do sistema financeiro e tributário no país, com retenção no município de fatia mais justa de arrecadação, hoje reduzida a não mais que 5%.

6. Na formulação das prioridades políticas, sociais e institucionais, o orçamento municipal deve contemplar a área da saúde com uma fatia mínima de 10%, hoje reduzida, na maioria dos municípios, para baixo de 4%, independentemente dos repasses externos.

7. Na manutenção dos serviços municipais de saúde, os seus profissionais constituem o fator que mais determina a efetividade e qualidade e, por isso, cabe à prefeitura municipal promover, permanentemente, o seu desenvolvimento, através da racionalização do seu quadro de pessoal, de um plano de cargos, salário e carreiras, assim como da realização de treinamentos e supervisão adequados.

8. As Ações Integradas de Saúde constituem os primeiros passos para a integração e redefinição dos papéis do município, estado e União, e combate ao desperdício do dinheiro público. Não são, por isso, um convênio a mais, ou compra de serviços municipais pelo INAMPS, ou uma simples válvula de escape para a crise do sistema.

9. No processo democrático, deve caber à prefeitura municipal estar aberta, em busca de canais de participação do pessoal de saúde, do município, e da população, na gestão e controle dos serviços municipais de saúde.

Condições Para a Municipalização Dos Serviços Básicos De Saúde

1. Manutenção da participação ativa e permanente da União e Estado nas diretrizes dos programas básicos e na realização da supervisão e avaliação das atividades dos centros de saúde municipalizados e participação efetiva dos próprios municípios na formulação das diretrizes e realização da supervisão e avaliação.

2. Preservação dos centros de saúde de maior porte, nos municípios médios e grandes, sob a responsabilidade das secretarias estaduais de saúde, com a finalidade de referência para os centros de saúde de menor porte, e também para a Secretaria Estadual continuar a desenvolver experiência direta na área da atenção primária à saúde.

3. A municipalização dos demais centros de saúde deverá pautar-se por:

3.1. Cessão do prédio no caso deste ser próprio. No caso de ser alugado, ou o contrato passa para a prefeitura municipal, acompanhado do correspondente repasse financeiro, ou permanece com o estado, mas, neste caso, com o direito da prefeitura indicar o local e prédio a ser alugado.

3.2. Cessão dos equipamentos básicos acompanhados de repasse financeiro necessário à sua reposição.

3.3. Fornecimento à prefeitura dos medicamentos básicos da CEME, segundo relação padronizada e nas quantidades previstas pela CLIS.

3.4. Pessoal: por conta do estado.

3.5. Cumprir uma primeira etapa de municipalização só para cidades de porte médio e prosseguir aos demais municípios somente após avaliação das CLIS, CRIS e CIS. Após uma reforma tributária que contemple os municípios com uma fatia realmente justa da arrecadação global (no mínimo 20%), os recursos financeiros correspondentes à realização destes subitens deverão passar à responsabilidade municipal.

4. O cronograma de implantação da municipalização respeitará as especificidades de cada município.

5. Todos os aspectos pendentes a estas condições, assim como as medidas implementadoras da municipalização, ficam sob a coordenação das CLIS, CRIS e CIS.

FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE

VÍTOR GOMES PINTO
Sanitarista e Técnico de Planejamento do Instituto de Planejamento Econômico e Social

1. MODALIDADES DE FINANCIAMENTO

A análise do tema **Financiamento** não deve ficar limitada ao seu conceito estrito, ou seja, apenas ao provimento de recursos para que uma atividade se realize. Em saúde, utiliza-se o termo em seu sentido amplo, que inclui, além das fontes de custeio, também as formas de remuneração das pessoas e entidades prestadoras de serviços. Principalmente devido a este último aspecto é que normalmente o financiamento e a organização do sistema de saúde são estudados em conjunto, pois na verdade se constituem em faces de uma mesma moeda.

A partir das formas clássicas de organização do trabalho médico – liberal, direta ou assalariada e indireta ou privatizada – temos quatro possibilidades básicas de custeio para o setor saúde:

a) pagamento pessoal, feito pelos clientes que compram serviços com seus próprios recursos;
b) tributos, compondo o orçamento público;
c) descontos sobre a folha de salários, via Previdência Social; e
d) regime privado do pré-pagamento.

Vejamos, sinteticamente, as principais características de cada uma, a seguir.

a) Pagamento Pessoal.

O custeio individual é satisfatório para os profissionais liberais que prezam o relacionamento clínico e financeiro direto com o paciente e para as pessoas de renda elevada ou média-superior, embora se restrinja essencialmente a serviços de caráter curativo. Não há como estendê-lo à maioria da população, pois significativa parcela é incapaz de financiar, com seus próprios recursos, os cuidados de que necessita. Fundamenta-se na lei da oferta e da procura, cujas regras podem ser expressas em cinco itens: comprador e vendedor têm pleno conhecimento do que é vendido e comprado; a oferta e demanda de bens é regulada pelo preço; há muitos competidores sem domínio de um só ou de um grupo; é possível entrar e sair facilmente no mercado; os produtos devem ser qualitativamente homogêneos.

Contudo, estas regras não têm aplicação lógica à área da saúde, que na verdade é um mercado atípico do ponto de vista econômico. O conhecimento concentra-se nas mãos do profissional e o paciente só toma a decisão inicial de procurá-lo consumindo, a partir daí, os especialistas, medicamentos e exames complementares que lhe forem indicados. A discussão de preços é desvantajosa para o doente, que deve captar a simpatia de quem poderá curá-lo. Além do preço, há outros fatores importantes que regulam a oferta de serviços, como

a capacidade que o médico possui de criar novas ou mais complexas necessidades de tratamento, o prestígio ou a confiança de cada profissional que lhe permitem estabelecer honorários eventualmente superiores ao normal e também a virtual impossibilidade para o paciente de comparar preços que não lhe são acessíveis. Acrescente-se a emergente entrada do capital no setor (expansão de empresas de pré-pagamento, por exemplo), a reserva do mercado para portadores de título universitário, a grande variedade de serviços, materiais e instalações e, finalmente, o direito que cada cidadão tem de ser saudável, para que se conclua pela inadaptação do setor saúde às leis de mercado e da livre competição econômica.

De acordo com as informações obtidas através da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio e estimativas de dispêndios do setor público e previdenciário para 1984, os pagamentos pessoais representam aproximadamente 51% dos gastos totais com saúde no Brasil.

b) Tributos

Os tributos são, em princípio, a fonte mais justa de financiamento para o setor saúde, pois devem beneficiar igualmente a todos. Também, em princípio, desta maneira, a nação poderia ter o sistema de saúde que sua economia pudesse suportar, pois uma parte da produção nacional lhe seria destinada numa divisão equânime e proporcional à importância de cada atividade na sociedade. Contudo, a experiência tem mostrado no Brasil e nos países em desenvolvimento sob economia de mercado que as ações de saúde pública só conseguem receber recursos marginais do processo econômico. Isto ocorre porque alguns setores governamentais são privilegiados em demasia, apesar de produzirem pouco ou nulamente, porque as camadas da população que dependem dos serviços públicos de saúde são as de mais baixa renda, carecendo de força de pressão, e também porque os grupos profissionais (mormente médicos e dentistas) têm seus olhos voltados com maior atenção para as clientelas de renda alta ou para as formas de organização que melhor os remunerem, favorecendo o crescimento de linhas com menor conteúdo social, como as de pré-pagamento ou a via indireta de atendimento pela previdência social.

Na prática, observa-se que, ao longo do século XX, na medida em que o sistema de saúde desenvolveu-se, a participação dos gastos públicos diminuiu. Em 1949, os gastos com "serviços preventivos" (Ministério da Saúde e secretarias estaduais de saúde) representavam cerca de 87% do total, passando para somente 15% em 1982, ao serem sobrepujados pela larga expansão dos "serviços curativos", consubstanciados no orçamento específico do INAMPS (**Mc-Greevey, Piola e Vianna, 1985**).

Os serviços públicos custeados basicamente via impostos e taxas proporcionam, principalmente, atenção básica curativa, cuidados preventivos de massa e educação em saúde para os estratos populacionais prioritários, do ponto de vista epidemiológico e social. A utilização de pessoal de nível médio e atividades de estudo e pesquisa são favorecidas neste modelo.

Suas distorções mais notórias relacionam-se a problemas de má administração pública e gerência deficiente, como, por exemplo: ociosidade das unidades ambulatoriais e hospitalares; atendimento despersonalizado; rigidez operacional; salários achatados; favorecimento por motivos políticos de grupos ou localidades em detrimento do todo; desestabilização de bons programas por mudanças bruscas ou constantes de mando.

Entretanto, estas distorções não são inerentes à forma direta de atuação ou ao serviço público, mas sim a governos centrais ou locais socialmente injustos, não democráticos, de reduzida capacidade técnica e administrativa ou que reúnam duas ou mais dessas condições.

Os impostos que melhor se compatibilizam com a filosofia e conteúdo das ações de saúde são os ditos progressivos, que penalizam mais os ganhos maiores das empresas ou pessoas (como, teoricamente, deve ser o Imposto de Renda), e os indiretos, que incidem sobre o processo produtivo – FINSOCIAL, ICM, IPI. Estes últimos podem tornar-se recessivos ao serem repassados para o preço final dos produtos comercializados, mas ainda assim são menos danosos que os descontos diretos sobre os salários.

Em torno de 19% dos gastos com saúde no Brasil são financiados via tributos.

c) Descontos Sobre a Folha de Salários

Na maioria dos países latino-americanos e europeus o sistema de saúde é destacado ou predominantemente financiado a partir de contribuições percentuais sobre os salários que são obrigatoriamente recolhidos através da Previdência Social(*).

As características básicas do sistema de seguro social são:

a) contribuição salarial tripartite (dividida entre empregadores, empregados e Estado ou envolvendo apenas os dois primeiros participantes); b) cobertura da força de trabalho assalariada essencialmente urbana; c) programas separados para atender a distintos riscos sociais – aposentadorias e pensões, acidentes do trabalho, atenção a problemas de saúde e à maternidade, principalmente; d) gastos diretamente relacionados com a receita; e) regime atuarial fundamentado na capitalização da receita (**Mesa-Lago**, 1985).

No mundo em desenvolvimento, o mais notório problema relacionado ao uso desta fonte de custeio é que salários baixos necessariamente originam recursos percentuais reduzidos, empobrecendo o setor saúde. Outra dificuldade está na precedência dos benefícios previdenciários como as aposentadorias, pensões, compensações por ausências ao trabalho, seguro-desemprego em algumas áreas, sobre os gastos com assistência médica, fazendo com que esses sofram os primeiros e maiores cortes nos períodos de crise. Ao contrário, nas fases superavitárias, os recursos em excesso costumam ser aplicados em empreendimentos governamentais alheios ao setor.

Paradoxalmente, no entanto, devido à restrita dotação de verbas públicas, o seguro social tem-se constituído no responsável mais destacado pela expansão de serviços de medicina e odontologia curativa seja na América Latina, seja na Europa.

Os serviços são prestados, no Brasil, fundamentalmente por via indireta, ou seja, através de entidades e profissionais já estabelecidos no mercado e que vendem sua força de trabalho ao INAMPS, devendo em troca atender pacientes mediante condições e remuneração prefixada. Tradicionalmente, a remuneração nesta modalidade é feita por Unidade de Serviço (US), que pode ser considerada como uma das formas mais danosas de expansão da atenção médica.

O pagamento por US favorece: o aumento do número de procedimentos clínicos, pois quanto mais se fizer mais se ganha; as atividades mais complexas em detrimento das mais simples, visto remunerar comparativamente melhor aquelas do que estas; os tratamentos curativos ao invés dos preventivos pelos mesmos motivos do item anterior; o aumento geral dos custos. Por outro lado, dificulta em muito os controles sobre a qualidade e a quantidade dos atos médicos e odontológicos.

Sofisticados sistemas de controle, com numerosos auditores e uso de computadores, têm apresentado resultados sofríveis tanto nos Estados Unidos em relação aos programas Medicare e Medicard, como na Argentina, Uruguai e, especialmente, no

(*) No Brasil, os dispêndios federais em saúde são financiados através de tributos (26%, taxação sobre folha de salários via Previdência Social (73,5%) e de outras fontes (0,59%) (VIANNA et alli, 1984)).

Brasil, onde as fraudes à Previdência Social assumem grandes proporções.

É interessante observar que os pacientes em geral não se dão conta de que o sistema de US lhes é prejudicial. Há uma ilusão freqüente de que mais exames, mais radiografias e mais tratamento são sinônimos de melhor saúde. Assim, aceitam sem qualquer protesto serviços adicionais, pois não precisam pagá-los diretamente, esquecendo que o fazem indiretamente por duas vias: sua contribuição pessoal e na compra de bens para cujos preços são habitualmente transferidas as contribuições patronais (**Illich,** 1975**; Enthoven,** 1980**; Roemer,** 1969**; Herzlinger,** 1985). Em geral, os grupos profissionais pressionam no sentido de um fracionamento máximo de cada ato médico: como a previdência social costuma pagar muito pouco por US, esta é uma medida compensatória que visa possibilitar a produção de mais US para ser melhor remunerada.

Numa tentativa de corrigir essa situação, em 1985 o regime de US foi substituído no INAMPS pelo pagamento por procedimento, no qual os atos clínicos de maior porte são remunerados por um valor fixo, onde já estão embutidas as tarefas intermediárias. Paga-se, por exemplo, por uma cirurgia cardíaca, por um parto, não importando o número de dias de permanência hospitalar nem a quantidade de gaze ou de medicamentos utilizados, fazendo com que o hospital, que antes tinha interesse em reter o paciente alguns dias a mais para receber as diárias correspondentes, agora proceda de maneira inversa, dando altas no menor tempo possível (ou forçando atos mais complexos que têm valor superior), pois a sua remuneração é invariável. Mais do que a forma de pagamento, contudo, a sistemática de reajustes (por vezes insuficientes) e o estabelecimento de cotas por parte do INAMPS para internações é que vêm regulando o mercado e a relação entre a instituição e os prestadores privados neste campo.

Os "procedimentos" de menor porte, por serem indivisíveis, continuam na verdade sendo remunerados como se fossem US. Neste caso estão, por exemplo, as consultas ambulatoriais médicas e odontológicas.

Outra variação na forma de contratação de serviços utilizada pela Previdência é o pagamento **per capita** (método de captação), vigente notadamente nos convênios de assistência à população rural. Não obstante se trate de uma linha muito mais correta de atuação indireta, pois lida com o conceito de população protegida ao invés de ato médico realizado, sofreu agudo desprestígio nos últimos anos, devido à forte corrosão nos valores dos subsídios que têm sido reajustados abaixo dos índices de inflação.

A participação do INAMPS no custeio total do sistema de saúde brasileiro é de aproximadamente 30%.

d) Pré-Pagamento

Cada vez mais se observa uma expansão dos sistemas de seguros privados de saúde, na linha de pré-pagamento, representada por empresas comerciais como Golden Cross, Itaú, Bradesco, ou por cooperado, ou por cooperativas médicas.

Quando parcialmente custeadas pela Previdência, como nos convênios-empresa, apresentam problemas similares aos comentados no item anterior, incluindo uma ênfase quase exclusiva nas ações de caráter curativo.

Como seguro privado, limitam-se aos grupos de melhor renda como alternativa ao sistema liberal, proliferando rapidamente nos países industrializados e, de modo especial, nos Estados Unidos, onde as companhias seguradoras de saúde se constituem num lucrativo negócio. Aqui, não serão aprofundadas as análises sobre essa modalidade de pré-pagamento, embora valha a pena citar apenas dois pontos de interesse geral: a) a presença do grande e médio capital (o empresariamento) na área

médica favorece aos proprietários das empresas, mas não há evidência científica de que produza melhores níveis de saúde nem de que favoreça os profissionais do setor, os quais, normalmente, não têm recursos para montar suas próprias firmas, sendo, então, forçados a vender sua força-de-trabalho, por vezes mediante sub-remuneração; (b) o estímulo ao aumento de gastos com saúde embutido nos modelos que contam com três participantes, dos quais o terceiro é que paga a conta. Os gastos com esta modalidade não estão dimensionados, pois se incluem nos orçamentos pessoais e previdenciários.

2. CARACTERÍSTICAS ATUAIS DO SISTEMA BRASILEIRO

As principais características do sistema de organização e financiamento atual no Brasil são:

- Forte dependência de recursos federais (cerca de 78% dos gastos públicos e previdenciários no país).
- Compromisso reduzido dos estados e municípios perante a população. Embora possuam extensa rede de unidades, não possuem os recursos, de forma que ao surgirem problemas a tendência natural é de que as responsabilidades sejam transferidas para o governo central, impossibilitando a participação e a eficácia de eventuais controles e reclamações por parte das comunidades.
- Descrédito dos serviços públicos, que só são utilizados por quem não pode pagar serviços privados. Na realidade, embora existam dois sistemas (público e privado), os profissionais são os mesmos, trabalhando parte do tempo em cada um. Esse modelo funciona a favor da clínica e dos hospitais particulares, onde as possibilidades de ganho são potencialmente maiores.
- Gastos pessoais crescentes, detectados de maneira indireta pelo aumento da presença dos sistemas de pré-pagamento.
- Crescimento real, nos gastos públicos federais, das rúbricas "alimentação e nutrição, doenças transmissíveis e medicamentos básicos" graças ao aporte de recursos via FINSOCIAL. Embora o FINSOCIAL tenha fundamentalmente substituído a fonte orçamentária tradicional, ao invés de adicionar recursos ao setor privilegiou bastante as áreas de gastos com maior alcance social.
- A tendência ao crescimento de gastos globais com saúde, por motivos não epidemiológicos, continua embutida no sistema, devido, entre outros fatores, à predominância da modalidade indireta de prestação de serviços, a problemas de gerência dos serviços oficiais e à dicotomia institucional.
- Relacionamento tenso e inadequado com os prestadores privados de serviços. Há sub-remuneração dos procedimentos e atas médicos e controle frágil, estimulando fraudes até mesmo para equilibrar finanças ou fazer render um pouco mais os repasses do INAMPS. A desconfiança de lado a lado mina o sistema.
- Dificuldades em unificar o setor, com manutenção de centros de influência e poder institucionais contrários à idéia de consolidação do trabalho em saúde em torno de uma só entidade no âmbito federal. Mesmo dentro do sub-setor de saúde pública, há incompreensões e posições obscuras sobre este tema. Documento recente da ABRASCO (1986), por exemplo, refere que "é possível redirecionar o INAMPS para que, sem ônus maior, seja colocado a serviço efetivo da população, (...) mas é diferente com o Ministério da Saúde (...) onde muitos são os exemplos que podem ilustrar a quase total incompetência (...) que ostenta". Este texto esquece não só os muitos êxitos que, apesar das verbas limitadas, tem alcançado o Ministério da Saúde, como o fato, por todos sabido, de que no momento em que a Previdência Social – com o volume de recursos colocado à sua disposição – resolver seguir uma política autêntica de saúde pública grande parte dos problemas setoriais criados por

ela própria estariam resolvidos, sem qualquer interferência externa. Vale lembrar ainda a recente tentativa, via Lei Delegada do Congresso Nacional, cujo único resultado, compensatório, foi a passagem da CEME como entidade autônoma para a órbita do Ministério da Saúde.

3. SOLUÇÕES POSSÍVEIS

Diversas sugestões têm sido feitas visando melhor estruturar e financiar o setor, incluindo opções desde a privatização até a estatização total. Não se trata aqui de analisar as hipóteses mais radicais nem de discutir se o lucro com a doença é eticamente aceitável, e sim de encontrar alguns caminhos viáveis para o momento vivido hoje pelo país.

A) A institucionalização do sistema único de saúde, com a fusão sob o comando do Ministério da Saúde, das ações a cargo do próprio Ministério, do Ministério da Educação (hospitais universitários) e do Ministério da Previdência e Assistência Social (INAMPS) afigura-se como lógica e inevitável a curto ou a médio prazo, dependendo da força política que no debate da Constituinte demonstrarem os que se posicionam a favor e contra esta medida.

Para tanto, há uma urgente necessidade de estudos mais aprofundados sobre a forma de concretização, organização e custeio desse sistema único. Esses estudos devem ser desenvolvidos principalmente por parte do Ministério da Saúde, e também no âmbito do MPAS, do MEC e de outras organizações ligadas ao setor. O exemplo de países com algumas características similares às nossas merece ser cuidadosamente visto, mormente em função das severas dificuldades de implantação prática do sistema único constatadas, por exemplo, na Argentina, Espanha, Panamá e Costa Rica. A experiência tem mostrado que a luta pela fusão é longa e árdua, mas é só o primeiro passo. Evitar que depois as instituições se mantenham autônomas e independentes embora sob um mesmo teto parece ser uma tarefa igualmente complexa, para a qual há mínimo preparo no setor saúde brasileiro atual.

B) Com a fusão ou sem ela o setor seguirá sendo financiado basicamente através de tributos, com destaque crescente para a participação do FINSOCIAL e de descontos sobre a folha de salários. Em relação a esta última, é de todo aconselhável uma separação por finalidade das contribuições de patrões e empregados. A contribuição dos empregados deve ser destinada para custear apenas os benefícios estritamente previdenciários (aposentadorias, pensões, seguro-desemprego etc.), enquanto que a dos empregadores financiará principalmente a assistência à saúde(*). Outras possibilidades, mais inovadoras, estão sendo estudadas objetivando, por exemplo, substituir parte da contribuição sobre salários por impostos diretos de caráter progressivo (sobre capital, patrimônio e, também, sobre a renda), estabelecer uma contribuição progressiva das empresas sobre o valor agregado da produção, penalizando mais aquelas que na relação capital/trabalho forem mais intensivas no uso do capital. (**Azevedo**, 1984; **Azevedo e Oliveira**, 1984).

C) O aumento dos recursos tanto do Tesouro quanto da Previdência é uma hipótese aceitável desde que não implique em aumento de impostos ou de alíquotas. No caso do governo, um remanejamento de dispêndios pode ser feito se a saúde ganhar maior prioridade comparativa, mas de imediato a simples integração dos diversos gas-

(*) A contribuição do empregado varia entre 8,5 e 10% com um valor médio de 9,2%. A do empregador é de 10% como contrapartida ao aporte para o regime geral e 2,4% para a previdência rural, mais 7,6% para salário-família e salário-maternidade, 13º e seguro de acidente do trabalho. Cerca de 1/4 das despesas previdenciárias ocorrem com saúde. Na proposta do texto, todos os 9,2% do empregado iriam financiar os benefícios gerais, enquanto a contribuição do empregador (12,4%) seria dividida em 7,0% para benefícios e 5,4% para saúde, se mantidos os coeficientes atuais.

tos com saúde em um fundo centralizado poderia pelo menos evitar as superposições (**Vianna et alli**, 1984).

D) É de todo aconselhável a concretização de uma reforma tributária que privilegie principalmente os municípios. O sistema de saúde tem, por essência, um caráter local que deve ser recuperado no Brasil, mantendo apenas os serviços mais complexos em âmbito estadual ou federal.

E) A curto prazo pode ser efetivada uma consolidação orçamentária e programática nas pequenas localidades e na zona rural. Em muitos casos, é possível unificar os diversos prestadores de serviços (rede básica e rede ex-FUNRURAL) em uma só rede, inclusive com absorção pelo setor público de unidades hospitalares de menor porte, em geral as filantrópicas como as "APAMI" no Nordeste (**Pinto**, 1984).

F) Para os hospitais, uma nova forma de remuneração terá que ser implantada, surgindo como opção favorável a contratação de serviços por população coberta. Um hospital teria a seu cargo um determinado contingente populacional, responsabilizando-se pela saúde do mesmo dentro da sua especialização. A discussão do orçamento seria anual, feita uma só vez com a participação dos empresários, governo, representantes dos trabalhadores de saúde e da comunidade, procurando estabelecer um repasse justo para cada hospital que pode incluir o lucro principalmente em áreas onde inexistir clientela privada. Vencido o período árduo de negociação financeira, os controles passam a ser epidemialógicos e qualitativos, simplificando em muito a sistemática hoje seguida e que se baseia quase só no campo financeiro.

G) A forma de remuneração por US deve ser abolida, substituindo-se o regime de privatização de serviços ambulatoriais (credenciamento de profissionais para realização de consultas médicas e odontológicas) pelo trabalho em unidades públicas e de representação funcional (sindicatos, associações representativas), com definição e implementação paralela de um amplo programa de atenção básica à saúde com cobertura integral.

REFERÊNCIAS

1) ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. **Pelo Direito Universal à Saúde**. ABRASCO, Rio de Janeiro, 1986.
2) AZEVEDO, Maria Emília R.M. **Subsídios à Reflexão sobre a Previdência Social no Brasil**. IPEA/CNRH. Brasília, dezembro, 1984. (Documento de Trabalho nº 27).
3) AZEVEDO, Maria Emília R. M. & OLIVEIRA, Francisco E. B. **Previdência Social**. IPEA/CNRH. Brasília, 1984. (Documento de Trabalho nº 15).
4) ENTHOVEN, Alain C. **Health Plan: the only practical solution to the soaring cost of medical care**. READING, MA, ADDISONWESLEY, 1980.
5) HERZLINGER, Regina. Corporate America's "mission impossible": containing health-care costs. **Techonology Rev.**, Nov./Dec., 1985.
6) ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.
7) MCGREEVEY, William Paul; PIOLA, Sérgio; VIANNA, Solon Magalhães. **Saúde e assistência médica no Brasil a partir dos anos 40**. Banco Mundial e IPEA/CNRH. Março, 1985.
8) MESA-LAGO, Carmelo. **El desarrollo de la seguridad social en America Latina**. Santiago, CEPAL, 1985. (Estudios y Informes de la CEPAL, 43).
9) PINTO, Vítor Gomes. **Saúde para poucos ou para muitos: o dilema da zona rural e das pequenas localidades**. Brasília, IPEA (Série Estudos para o Planejamento, IPEA, 26), 1984.
10) ROEMER, Milton **I. Organización de la asistencia médica en los regímenes de seguridad social**. Ginebra, OIT. 1969 (Estudios y Documentos-Nova Série, 73).
11) VIANNA, Solon Magalhães; LOPES, Francisco Cruz B.; BAPTISTA, Lúcia Pontes et PIOLA; Sérgio Francisco. **Gasto e financiamento do sistema de saúde do Brasil**. Brasília, IPEA/CNRH, 1984.

MESA-REDONDA: CONSTITUINTE E SAÚDE

Abertura:	**Doutor Roberto Figueira Santos** **Ministro de Estado da Saúde**
Presidente:	**Deputado João Pimenta da Veiga**
Membros:	**Deputado Carlos Corrêa de Menezes Sant'Anna**
	Doutor Waldir Pires
	Professor Cristóvam Buarque **Reitor da Fundação Universidade de Brasília (FUB)**
	Dom Luciano Mendes de Almeida **Secretário-Geral da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNNB)**
	Doutor Guaracy da Silva Freitas **Representante da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB)**
	Doutor Wilson Fadul

O Dr. Roberto Figueira Santos – Vamos iniciar a reunião desta 8ª Conferência Nacional de Saúde, que abordará o tema "Constituinte e Saúde".

Todo este extraordinário esforço e todo o brilho da 8ª Conferência Nacional de Saúde em grande parte convergem para este tema. Bastaria esta circunstância para acentuar a importância do Encontro. Porém, cabe acrescentar que para evento de tal magnitude os participantes da Mesa estarão à altura da importância do tema: o ex-Ministro da Saúde, Deputado Carlos Sant'Anna; o ex-Ministro da Previdência, Waldir Pires; o Reitor da Universidade de Brasília, Professor Cristóvam Buarque; o Secretário-Geral da CNBB, Dom Luciano Mendes de Almeida; e o Doutor Guaracy da Silva Freitas, representante do Conselho da Ordem dos Advogados do Brasil, representam uma equipe que seguramente estará à altura das expectativas do auditório.

A sessão será presidida pelo Deputado Pimenta da Veiga, líder do PMDB na Câmara dos Deputados, a quem peço, desde já, que tome assento à Mesa.

Estão presentes, também, o Senador Nelson Carneiro e o ex-Ministro Wilson Fadul.

Passo a palavra ao Deputado Pimenta da Veiga.

O Deputado Pimenta da Veiga – Agradecendo a honra de presidir esta Sessão, passaremos, desde logo, aos apresentadores indicados e que já estão nesta Mesa.

Passo a palavra ao primeiro orador, o ex-Ministro e Deputado Carlos Sant'Anna, pelo prazo de 20 minutos.

O Deputado Carlos Corrêa de Menezes Sant'Anna – Esta 8ª Conferência foi convocada para ser uma pré-Constituinte da Saúde. É aqui, na abrangência deste amplo foro de debates, que serão caldeadas as matérias que deverão ser conduzidas à Assembléia Nacional Constituinte, como resultante da vontade de todos os profissionais de saúde e de todos os segmentos da sociedade que, ao longo de 17 pré-Conferências e mais desta Conferência Nacional estão debatendo amplamente todas estas questões e estes temas.

É um alerta que deve ser dado para que, evidentemente, das conclusões que se extraiam daqui, se consiga, também, a força indispensável para que o assunto chegue à Constituinte como resultante da ampla participação de todos os senhores.

A Assembléia Nacional Constituinte deverá preparar uma nova Constituição. É indispensável, então, que possamos definir, durante os trabalhos de hoje e de amanhã, que matérias devem ser inseridas na Constituição e quais aquelas outras que serão matérias de legislação ordinária e de legislação especial.

Todos os senhores sabem que a Constituição é a Lei Maior, é a Lei Magna, é a Carta Magna. De modo que só se deve inserir na Constituição a norma maior, a norma axial, aquilo que representa o eixo, a doutrina mais importante; o detalhamento e o desdobramento desta norma deverão vir em legislação especial.

É de boa regra, e aconselho a todos que ao mesmo tempo em que possam definir a matéria constitucional propriamente, isto é, o que os senhores acham que se deve inserir no texto constitucional, também trabalhem na elaboração dos projetos de lei que deverão regulamentar e definir o desdobramento desse próprio texto constitucional.

Assim pensando é que quero mostrar aos senhores que de tudo o que temos conversado, de tudo o que os senhores têm debatido, o que fica como assunto fundamental para ser inserido no texto constitucional como matéria da Constituição, independentemente da legislação ordinária que deverá regulamentar e desdobrar diversos ítens.

É indispensável que os senhores compreendam que na matéria que vou propor a ser inserida na Constituição haja um novo conceito de saúde, a saúde considerada como um bem social. Este conceito deve estar inserido na matéria constitucional, mas dentro de uma técnica legislativa adequada, e, ao mesmo tempo, com o que diz respeito, na essência basilar, ao financiamento e à reformulação do setor saúde.

Proponho que a matéria a ser inserida na Constituição e com a redação que lhes lerei, seja a seguinte. Antes, um comentário. A atual Constituição brasileira é extremamente pobre no que diz respeito à saúde. Apenas uma referência à assistência médica, ao trabalhador e à competência da União em planejar no setor de saúde. Planejar e dispor orçamentariamente sobre o setor.

Para a futura Constituição, coloco em discussão a seguinte matéria que, no meu entender, deve estar inserida no futuro texto constitucional, após amplo debate, discussão, aperfeiçoamento etc. Proponho:

"Art. 1º – A saúde é um direito fundamental e inalienável de todos e dever do Estado.

Parágrafo Único – Em relação à saúde, todos são iguais, sem distinção de sexo, idade, raça, trabalho, credo religioso, convicções políticas ou de região do País que habite.

Art. 2º – Compete prioritariamente à União, em relação ao direito de todos à saúde:

a) criar condições econômicas, sociais, políticas e culturais que garantam a proteção da infância, da juventude e da velhice;
b) promover a melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, assim como a promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e de amplo desenvolvimento da educação sanitária do povo;
c) garantir o acesso universal, geral e gratuito de todos os brasileiros, independentemente de sua condição econômica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
d) garantir uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar em todo o País;
e) orientar sua ação para a socialização da medicina;
f) disciplinar e controlar as formas empresariais e privadas da medicina, que deverão se organizar como concessionárias de serviço público essencial."

Pela importância, vou repetir este ítem: **"Disciplinar e controlar as formas empresariais e privadas da medicina, que deverão se organizar como concessionárias de serviço público essencial."**

g) "disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso de alimentos, produtos químicos, agrotóxicos, produtos biológicos e imunobiológicos e farmacêuticos;
h) definir a Política Nacional de Saúde;.
i) garantir correta e adequada política

de saúde ocupacional e de proteção ambiental.

Art. 3º – Lei especial disporá sobre a proteção e assistência à criança, à mulher, aos adolescentes e aos excepcionais.

Parágrafo Único – A mulher será garantido o direito ao exercício de suas funções de cidadã e trabalhadora, em condições que lhe permitam preencher seu papel de mãe e sua missão social.

Art. 4º – Lei especial disporá sobre a garantia, por parte da União, ao direito à proteção à saúde, estruturando todos os órgãos públicos prestadores de serviços de saúde em sistema único, sob comando ministerial único, e mediante os seguintes postulados:

a) as ações de saúde deverão se desenvolver sob os princípios da universalização e equidade, de forma racionalizada, hierarquizada, regionalizada, descentralizada, referenciada e contra-referenciada". (É o óbvio, mas tem que ser escrito no texto constitucional, para que não fique nos humores dos que operam os sistemas de saúde).
b) "a descentralização do sistema terá nas unidades **federativas** os Estados, as unidades coordenadoras das ações de planejamento, execução e avaliação da política de saúde, cabendo aos municípios papel predominantemente **operacionalizador**.
c) mecanismos de participação da sociedade organizada serão estabelecidos na formulação, controle da execução e da avaliação das políticas de saúde em todos os níveis do sistema;
d) estratégias gradualistas poderão ser implantadas, visando, prioritariamente, as populações carentes e os grupos de risco, sendo a meta a universalização e a eqüidade absoluta entre todos os segmentos sociais e as diversas regiões do País.

Art. 5º – Anualmente, a União aplicará nunca menos de 12% da receita resultante de impostos na manutenção e desenvolvimento das ações do Sistema Único de Saúde."

São os temas que, em síntese, proponho sejam matérias a ser inseridas no texto constitucional.

O Deputado Pimenta da Veiga – Registramos a presença no plenário do líder do Partido Comunista do Brasil, Deputado Haroldo Lima. Convidamos, também, para fazer parte da Mesa, o Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Diretor-Geral da Organização Pan-Americana de Saúde. Convidamos, ainda, para fazer parte da Mesa, o Dr. Antônio Sérgio da Silva Arouca, Presidente da Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

O Dr. Waldir Pires – Minhas patrícias, meus patrícios; Excelentíssimo Senhor Ministro e meu dileto amigo, Professor Roberto Santos; ilustre Presidente desta reunião, meu querido companheiro Deputado Pimenta da Veiga; Reverendíssimo Dom Luciano Mendes de Almeida; meu querido conterrâneo e companheiro Ministro Carlos Sant'Anna; meu velho companheiro do governo do Presidente João Goulart, ex-Ministro Wilson Fadul; Magnífico Reitor Cristóvam Buarque de Macedo, da Universidade de Brasília; Dr. Guaracy da Silva Freitas; representante do Conselho da Ordem dos Advogados do Brasil; meu dileto amigo e grande líder desta Conferência Professor Antônio Sérgio Arouca; meu caro amigo doutor Carlyle Guerra de Macedo, Diretor-Geral da Organização Pan-Americana de Saúde.

Tenho a impressão de que estamos vivendo neste País um dos instantes mais extraordinários da nossa história, da trajetória da nossa vida. Tudo quanto fazemos hoje no Brasil tem essa força, tem o vigor, tem o entusiasmo e, sobretudo, uma grande lealdade com a nação, que significa um propósito, um desejo de reformulação profunda de toda a vida do País, das nossas institui-

ções, das nossas estruturas, da nossa sociedade.

Aproximamo-nos da Assembléia Nacional Constituinte, mas, a rigor, este País vem vivendo um período de elaboração constituinte, de emoção constituinte, de construção constituinte já faz algum tempo. É uma revolução a que assistimos. Uma extraordinária revolução institucional, política, social, que estamos vivendo faz algum tempo. Se quisermos ser um pouco mais estritos, poderíamos dizer que estamos vivendo isto neste nosso País extraordinário depois do desastre, do caos, da desordem que nos legou o autoritarismo de 20 anos. Estamos vivendo este clima desde o instante em que a nação produziu para o mundo os espetáculos extraordinários da sua força e da sua pujança nas praças públicas, na campanha das diretas.

Dali para cá é uma caminhada só, paciente, lúcida, perseverante. Uma nação madura, uma nação que sabe o que quer, que está se pronunciando e dizendo os seus objetivos permanentes de forma constante e própria, naqueles episódios, para os céticos, os que não acreditavam na Pátria, os que tinham perdido o ideal por dentro, tinham amolecido nas vantagens, na utilização dos dinheiros públicos, no clientelismo, na degradação da máquina do Estado, na perversidade da estrutura social. Quem diria que a nação, naqueles dias de 1984, pudesse, como pôde, apresentar ao mundo o espetáculo absolutamente singular do povo de pé nas ruas, nas praças públicas; os cidadãos e as cidadãs lutando não por objetivos imediatos mas por questões econômicas ou profissionais, por conquistas cívicas como as eleições diretas?

De lá para cá foi uma caminhada constante. Negaram-nos. Respondemos. O povo respondeu com a grande legitimidade da eleição que para a nação não foi Colégio Eleitoral, para a nação, foi a nação, ela, de pé, elegendo nosso querido e saudoso Presidente Tancredo Neves.

Depois, a posse de Tancredo, que não se deu. Depois, o sacrifício, o martírio. O Governo do Presidente Sarney, a lealdade do Presidente Sarney às diretrizes essenciais que nortearam esta caminhada. A busca constante da sua equipe para que derrotássemos a recessão. A identificação, a nação toda desejosa disso, de que precisaríamos fazer este País retomar seu crescimento, um País como o nosso, que tinha uma tradição de crescer nos últimos 30 anos, entre os países do Terceiro Mundo, de longe era o que mais crescia e o que mais cresceu permanentemente a uma taxa enorme, a uma taxa de causar inveja inclusive às nações desenvolvidas e ricas, a uma taxa de 7%, mas, ao mesmo tempo, permitindo o aprofundamento das injustiças e das desigualdades sociais. Um País como o nosso que, na realidade, dentre os países do Terceiro Mundo, ocupa uma posição singular no mercado; que representa, se excluirmos a China, 1/5 do mercado do Terceiro Mundo, tendo apenas 5% da sua população total, este País não podia conviver com a recessão, com a taxa do crescimento demográfico que ele tem, com a responsabilidade que precisa e deve ter com a sua população, com os seus filhos. A lealdade do Presidente Sarney de vencer a batalha da recessão e de realizar em um ano essa coisa extraordinária que é elevar o crescimento do Produto Nacional para 8%, fazendo acrescentar ao nosso Produto, num ano, 20 bilhões de dólares, depois de sair da recessão. Este é um dos fatos econômicos mais extraordinários da história contemporânea.

Na continuidade dessa caminhada, ultrapassada a recessão, vitorioso o crescimento econômico, vencida a batalha do déficit público e encerrada à irresponsabilidade administrativa, tivemos nós todos a oportunidade de travar juntos essa batalha na Previdência Social, e foi-nos possível, a nós todos, com a colaboração da imprensa, de todos os servidores da Previdência, da população brasileira, da comunidade nacional, encerrar essa mentira do déficit perma-

nente da Previdência Social, que permitiu que em seguida, ou ajudou que em seguida viéssemos a chegar à contenção do déficit público geral, para, ainda, nessa caminhada, permitir ao Governo do Presidente Sarney o conjunto de medidas de estabilização da economia, que significa o zerar da inflação, fato de uma importância metodológica extraordinária, porque, na realidade, suprime essa corrida perversa que existia e que, esperamos, pela força do povo, não exista mais, essa corrida perversa entre os preços e os salários e esse desequilíbrio, essa desarmonia, esse antagonismo entre o tratamento que se dava aos ganhos de capital repostos, reajustados todas as noites, todos os dias, nos mecanismos do **overnight** e **open**, enquanto os ganhos do trabalho, da força do trabalho ficavam na semestralidade ou, então, na melhor das hipóteses, nos setores mais dinâmicos da economia brasileira, na trimestralidade. Este País, com essa força estranha que, desde 1984, a partir da campanha das diretas, dá ao mundo a demonstração inequívoca de uma nação madura, que sabe o que quer, que busca seu caminho, que busca um lugar na história justa da humanidade.

Sinto-me honrado de encontrar-me nesta 8ª Conferência Nacional de Saúde para saudar todos os médicos e todos os profissionais ligados à saúde, e dizer-lhes que a Constituinte é isto. A Constituinte é o povo, através dos seus cidadãos, se preparando para elaborar a grande Carta – digna ou não, vai depender muito de nós, da nossa capacidade de construir a representatividade desta Assembléia Nacional Constituinte – que possa representar os anseios da Nação.

A idéia da Constituição elaborada, da Constituição escrita, é uma coisa recente na história do constitucionalismo do mundo. A rigor, de forma metódica, devidamente construída, articulada, é um fenômeno do século XVIII.. Então, se pensava e se dizia que a Constituição devia estar adequada às esperanças e à razão nacional.

Estamos vivendo um instante assim, um instante em que buscamos um reencontro com as nossas esperanças. Buscamos a construção da nossa utopia, a necessidade de mantermos a nossa utopia, de que os sonhos não desapareçam, mas que os sonhos sejam a nossa alavanca, a nossa capacidade de empurrar-nos para adiante.

A saúde está intimamente ligada à existência ou não das instituições democráticas. A nação que não reconhece o direito da cidadã e do cidadão a ter a sua saúde cuidada, dificilmente pode chamar-se uma nação democrática. Seguramente não será uma nação democrática, porque o conceito de democracia não pressupõe simplesmente só o exercício das liberdades individuais, das garantias do cidadão, os direitos humanos fundamentais, e entre esses direitos do cidadão e os deveres do Estado se encontra em lugar da maior relevância a saúde.

Por isso é que o esforço na Constituinte de reformular profundamente o sistema de saúde do nosso País é algo decisivo para que tenhamos as instituições democráticas asseguradas no Brasil. Faz parte de um conceito de equidade social. Se a democracia política, se o governo representativo, se as instituições que a um só tempo integram a nação e que absorvem a idéia da participação dos cidadãos no exercício do poder não preservam, se não asseguram os direitos essenciais da vida e da sobrevivência, evidentemente teremos um regime cuja estabilidade e cuja duração nos inspiram enormes cuidados.

De modo que, nesta Constituinte, a mobilização para que as regras asseguradoras do direito à saúde – algumas das quais tão lucidamente aqui discriminadas e enunciadas pelo Ministro Carlos Sant'Anna – deve inspirar-nos a todos a perseguir a idéia da universalização da saúde, buscar esse caminho da descentralização, num País como o nosso, que tem uma tradição tão restrita e tão acanhada de respeito ao governo local, de apreço pelo município.

Não há democracia onde ela não se pratica lá na comunidade básica, lá onde o povo se encontra, onde o povo vive. A descentralização está intimamente vinculada à idéia de municipalização, numa integração a mais ampla e a mais profunda entre os objetivos federais, estaduais e municipais de modo a que possam unificar um sistema de saúde que proteja e ampare todos os cidadãos e que, ao mesmo tempo, torne digna a instituição política que nos agasalha.

Esta 8ª Conferência Nacional de Saúde apresentará, seguramente, através das contribuições que começam aqui, hoje, no setor da Constituinte, o rol dos direitos e dos deveres que devem marcar a Constituição de 1987 no Brasil. As outras todas foram extremamente omissas em relação à saúde, menos, talvez, a de 1934, que foi uma Constituição um pouco fincada da presença das preocupações sociais, inspirada naquela experiência da República de Weimar, que o nazismo derrubou. Mas, fora daí, inclusive a última, de 1946, são extremamente pobres no que diz respeito aos direitos individuais da saúde.

Eu me congratulo com o Professor Antônio Sérgio Arouca, congratulo-me com o Ministro Roberto Santos, congratulo-me com todas as médicas e todos os médicos, todos os profissionais de saúde por esta 8ª Conferência Nacional de Saúde, e estou certo de que na caminhada do nosso País, entre os direitos humanos básicos que o Brasil acatou quando assinou a Declaração Universal dos Direitos do Homem, nas Nações Unidas, mas que não tem acatado na sua história social, de que esta 8ª Conferência Nacional de Saúde será um marco extraordinário à véspera da Constituinte, consolidando este processo bonito e forte do nosso País, do nosso povo, para a construção do amanhã, que há de ser, no nosso País, o amanhã da nossa utopia.

O Professor Cristóvam Buarque – Antes de vir para cá eu conversava com uma pessoa que participou na manhã de ontem desta Conferência, e eu lhe perguntei que tipo de público estava participando do Encontro, que tipo de público estava nesta Conferência. Eu temia que a maioria fosse médica e fiquei tranqüilo quando soube que aqui havia, sobretudo, líderes sindicais, líderes comunitários, representantes populares. Eu tenho medo de médico, mas fiquei contente, sobretudo, porque percebi que houve um entendimento de que saúde não é coisa de médico, saúde não é coisa de medicina. Saúde é coisa de organização social, organização social que traga a comida à boca do povo, que leve casa para as pessoas morarem, inclusive os médicos.

Isto me fez lembrar dois encontros que eu tive recentemente e que demonstram isso. Eu estava no aeroporto do Galeão, saindo, por coincidência, de um encontro do Conselho Diretor da Fundação Oswaldo Cruz, e encontrei no aeroporto, me pedindo dinheiro, um rapaz que me disse que era médico e que estava desempregado. Tinha-se formado em Brasília e precisava de dinheiro para ir à rodoviária. Eu disse para ele que duas semanas antes eu tinha conversado com um pequeno menino aqui, em Brasília, enquanto ele engraxava meus sapatos, e ele me perguntou onde eu trabalhava. E eu disse que trabalhava na UnB. Ele me perguntou o que era isso. Eu disse que era uma Universidade. Ele me perguntou para que servia. Eu disse: "Para fazer doutores". Ele disse: "O que é isso?" Eu disse: "São médicos". E ele perguntou para que serviam, porque nunca tinha ido a um médico.

Esses dois encontros mostram que este é um País de médicos sem clientes e de clientes sem médicos, como é um País de pessoas sem terra e terra sem pessoas para trabalhar a terra.

Este é um País que é o segundo maior exportador de comida do mundo e o primeiro de pessoas que morrem por causa da fome. Este é um País de desencontros, é um País que exporta sapatos e a grande maioria da população nunca calçou um. É

um País de 8,5 milhões de quilômetros quadrados de território muito rico, por onde caminham 100 milhões de descalços e pobres. Este é um País de desencontros, e é isso que acaba com a saúde. O que se precisa para a saúde é apenas um encontro, um encontro dos médicos com os sem-médicos, dos donos da terra com os que não têm terra e querem trabalhá-la, pois precisam produzir para viver.

Em resumo, este é um País com uma organização social perversa que impede a saúde, e o que precisamos – e que é o tema central desta 8ª Conferência Nacional de Saúde – é descobrir como organizar esta sociedade, para que as pessoas se encontrem e acabem com a fome e acabem com as doenças endêmicas, para que se dê às pessoas educação e habitação.

Este é o problema. O problema é organização social. Como vamos fazer essa organização social? O que falta para isso? Quais são os problemas que nos traz a necessidade de organizar a sociedade, e como fazê-lo?

O que falta é um casamento da sociedade brasileira, se reencontrando e acabando com os seus divórcios internos que trazem todas as dificuldades e os problemas. Há países, como o Haiti, que são pobres por natureza. Há países, como o Brasil, que são pobres pela desorganização social. E de que precisamos? A certidão de casamento da sociedade brasileira chama-se Constituinte. O que precisamos é de uma certidão de casamento social.

Já tivemos muitos casamentos neste País. Nós tivemos em 1824, em 1891, em 1934, em 1937, em 1967, em 1969. Já tivemos muitos casamentos. O que é que vai fazer diferente o próximo, para que possamos acreditar que se acabaram os médicos desempregados e os meninos que nunca viram médico?

Para saber o que precisamos nessa nova Constituição é preciso ver o que as outras tinham. A de 1824 tinha uma vocação independentista. Ela queria liberar a nova nação que surgia do jugo da nação metropolitana, que era Portugal. E ela foi independentista. A de 1891 tinha vocação republicana – queria acabar com a substituição dos chefes de Estado a partir apenas da herança monárquica, e ela fez isso. Em 1930 ela se rompe, porque era uma Constituição que obrigava o País a ficar velho, oligárquico. E surge a nova Constituição de 1934, depois da ditadura de Vargas, ou durante, procurando modernizar o País sob um regime autoritário. Obviamente não satisfaz, porque nem se consegue modernizar nem se dá liberdade. E surge em 1945 um grande movimento nacional parecido com este do ano passado, e temos uma nova Constituição em 1946, cuja vocação central era a liberdade, e que sobrevive durante quase vinte anos, mas que se rompe outra vez, por conta de um divórcio profundo entre a vocação modernizadora que a sociedade tem e a vocação libertária que ela deseja, porque não era possível manter a modernidade através de uma economia imitativa, importada, falsa e irreal (tanto que a chamaram de milagre) e a liberdade. E houve que optar. As forças políticas nos levaram a optar pela modernidade econômica contra a liberdade, e surge uma Constituição autoritária, que nos leva a uma modernização forçada, mas que nos faz entrar no século XXI como a oitava economia industrial do mundo e como vigésimo quinto país do mundo em termos sociais. O que falta é juntar liberdade e modernidade econômica, através de uma simples coisa: a modernização social.

O que precisamos é que este País não seja apenas a oitava potência industrial do mundo. Pode até ser a décima, décima-quinta, vigésima, mas que seja das primeiras em termos de estrutura social, das primeiras na eliminação da fome, das endemias, do analfabetismo. É disso que precisamos. Precisamos de uma organização social através da Constituição que nos permita seguir nas próximas décadas com a bandeira da liberdade, caminhando para a modernização econômica e usando os produtos dessa

modernização econômica para modernizar o País socialmente, para que não nos envergonhemos dele, por crianças que não têm médicos e médicos que não têm emprego para atender as crianças. Este é o desafio que se põe para a geração que tem a sorte de estar viva e atuante em 1986.

Sempre tive uma profunda inveja daqueles que estavam adultos, vivos e atuando em 1945. Não tenho mais inveja deles. Hoje, tenho a satisfação de dizer que estou vivo e participando do processo de constitucionalização do meu País, e sei que isto é uma tarefa bastante difícil para todos nós, e não apenas para os 600 próximos constituintes.

Como vai aparecer a modernização social na Constituição?

Discutia, há alguns dias, com o Professor Antônio Houaiss sobre cultura e Constituinte, e ele dizia que, por ele, o primeiro artigo da Constituição seria: "Este é um documento que trata da cultura, porque a cultura é a vida da nação". E eu disse para ele que eu era muito mais radical, que eu achava que cultura não devia nem ao menos aparecer na Constituição, porque ela deveria estar tão presente que não precisaria escrever seu nome. Cultura devia ser como respiração. Não vai haver nenhum artigo na Constituição dizendo: "Todo brasileiro é obrigado a respirar tantas vezes por minuto". Não precisa escrever isto. Também não deveria precisar escrever cultura nem saúde. Saúde deveria aparecer implicitamente no artigo que falasse da propriedade da terra, no artigo que falasse da educação do povo, no artigo que falasse da política trabalhista, nos artigos que permitissem a liberdade de expressão para que o povo lute por saúde. Saúde deveria ser algo tão implícito a ponto de nem precisar ser escrito.

Mas isto é uma Constituição das utopias. Se devemos ter presente a utopia no momento de fazer uma Constituição, não devemos esquecer de que teremos pés sobre uma terra pantanosa de uma sociedade em crise, cujo rumo não está claro para ninguém, muito menos para o conjunto de nós, 130 milhões de brasileiros.

Por isso, no mesmo momento em que comparto com o Ministro Carlos Sant'Anna a idéia de que a Constituição deve prever, de alguma forma, a socialização; da mesma maneira que tenho a convicção de que a saúde vai estar implícita sobretudo em dois capítulo que não falarão de saúde, que são os capítulos da Ordem Econômica e o capítulo da Ordem Social, tenho também claro que, até, lamentavelmente, pela conjuntura que faz a angústia do constituinte, olhando para o longo prazo, por causa dessa conjuntura movediça também será preciso pensar em saúde, também será até mesmo preciso colocar quanto por cento do orçamento deve ser destinado a este setor.

O ideal é que não precisasse, o ideal é que os governos funcionassem de tal maneira que a cada quatro anos pudessem mudar as suas prioridades.

Se nós um dia tivermos uma guerra, não será preciso reformar a Constituição para tirar dinheiro da saúde para colocar nas Forças-Armadas que defenderão o Pais, ou usar de um truque que contrata soldados como se fossem médicos, para poder respeitar a Constituição que prevê 13% do orçamento para a saúde. O ideal é que não se precisasse disso, mas vamos precisar. Vamos precisar de uma Constituição grande, lamentavelmente. Não será uma Constituição curta. Se olharem este livrinho, ele diz que países como Inglaterra, Estados Unidos e diversos outros não têm, em nenhum momento, a palavra saúde. Não precisou para eles, porque eles tinham claro rumo de sociedade. Já Cuba, que fez a sua Constituição no momento de construção do socialismo, precisou colocar oito ou nove artigos sobre saúde, Portugal, treze ou quatorze, porque são países cujos momentos de elaboração da Constituinte foram momentos críticos, momentos de falta de uma clareza muito grande sobre os destinos na-

cionais. Mas a saúde é prioritária e tem que estar escrito lá.

Isto mostra para mim que o maior problema e o maior desafio daqueles que pensam em saúde não é pensar a temperatura das pessoas, mas é pensar a nova Constituição do País. Portanto, parece-me que a principal obrigação de todos nós que estamos preocupados com este problema, sobretudo todos nós que estamos nesta Conferência, é alertar à população para a enorme responsabilidade que ela tem com a sua saúde, com a saúde de seus filhos, de seus netos e bisnetos. É preciso evitar que um artículo qualquer entre nesta Constituição e encaminhe a estrutura de saúde, a estrutura econômica e a estrutura social para o rumo perverso, e não para um rumo positivo. De repente, um pequeno artigo que fale sobre o capital estrangeiro será muito mais complicado, terá muito maior repercussão na saúde do que todos os artigos sobre as escolas de saúde. De repente, um pequeno artigo que fale da estrutura industrial de medicamentos será mais importante do que até mesmo colocar 13% para a saúde, embora seja importante também colocar os 13%.

A tarefa de educar o povo para que vote é árdua, mas, ao mesmo tempo, grata e fundamental. Quando digo educar, não digo educar no sentido de menosprezar os eleitores tais e tais, mas no sentido de que para todos nós vai ser muito difícil enfrentar os meios poderosos da economia que comprarão votos, porque o povo vai estar mais preocupado com a sua doença deste instante do que a doença de todo o povo no futuro.

Então, conscientizar o homem que vai votar, as mulheres que vão votar, de que a saúde de hoje, a dor-de-cabeça de hoje, a necessidade de um atendimento médico hoje é importante, mas muito menos do que o atendimento para milhões no futuro, é que constituirá o grande desafio para nós.

Se tenho que propor alguma coisa a vocês, se tenho que propor alguma coisa a esta Conferência, é que preparem uma pequena cartilha onde vai estar presente a saúde nos discursos dos candidatos à Constituição. Se vocês e nós todos conseguirmos descobrir se por debaixo de um discurso está a palavra **"saúde"** ou a **expressão** “a doença do povo"; se vocês conseguirem fazer uma cartilha e divulgar essa cartilha de alguma maneira, para que saibamos quais candidatos defendem a saúde e quais defendem a saúde dos bolsos dos banqueiros, por exemplo, vocês prestarão um grande serviço.

Não tenho nenhuma mensagem para vocês sobre o que fazer a respeito da saúde dos indivíduos. Isto é problema de médico. No entanto, não tenho dúvidas de que para a saúde do povo o meu conselho é: tirem o avental de médicos e vistam a camisa da Constituinte.

Dom Luciano Mendes de Almeida – Desejaria saudar a todos aqui presentes, especialmente àqueles que já nos dirigiram a palavra e vão-nos levando adiante nesta reflexão da noite.

Parece-me que o que em primeiro lugar deveríamos constatar mais uma vez é esta participação de quantos aqui se encontram, vindos, muitos, de longe, e com um sacrifício notável de tempo e de forças – quando aqui entrávamos, percebíamos o cansaço por estes dias de trabalho, mas, ao mesmo tempo, a alegria com o resultado que vai sendo obtido. Esta marca de participação popular revela a face nova destes dias que estamos vivendo no Brasil, que não são dias de otimismo por metas conquistadas, mas são dias de esperança por um processo novo que vai amadurecendo o povo através da sua própria participação.

Quisera, então, lhes dizer que em todo esse problema imenso que o nosso povo vai enfrentando, que é o problema não só da sua saúde, mas da sua condição total de vida, da sua formação integral, percebemos que há realmente uma grande esperança: que possamos, aceleradamente, recuperar um atraso, que para muitos não teve culpa

pessoal, mas que para todos, no conjunto, realmente, nos obriga a nos darmos às mãos para descobrirmos mais rapidamente por onde é que o nosso povo deve caminhar, por onde é que ele deve fazer essa experiência da recuperação do tempo perdido, para a obtenção dessas metas indispensáveis para o exercício da própria dignidade de pessoa humana.

A contribuição que me parece a Igreja pode trazer, associada a tantas outras contribuições, – nisso nada há de especial, mas há sim uma convicção muito profunda –, é a de renovar na consciência da população a dignidade da pessoa humana, a consciência dessa própria dignidade.

Estou vindo, como sabem, de uma reunião em Roma com o Santo Padre, que nos ocupou toda esta semana passada. Via na preocupação de um homem que tem o olhar aberto sobre o mundo inteiro uma espécie de mistério. Como é possível que uma terra tão rica, tão ampla, tão cheia de recursos possa ter problemas tão cruéis e possa ter uma situação tão sofrida para um povo que é tão bom? Foi como se dissesse: o que vocês estão fazendo naquele país que não conseguem que esse povo chegue a um nível de vida mais digna, mais humana, em que todos tenham casa, trabalho, comida, condições de educação e, evidentemente, tudo aquilo que é necessário para a sua saúde?

Esta pergunta feita por um homem que ama realmente toda a humanidade nos deixava pensativo. Realmente pertencemos a uma geração de omissos, porque não conseguimos contribuir eficazmente para um amadurecimento de toda essa alegria da dignidade de um povo que consegue não só chegar a níveis mais altos do exercício de tudo aquilo que é indispensável à vida humana, mas até mesmo, obtendo esses níveis, oferecê-los a outros, que desta vez para á frente vão precisar do Brasil na América Latina, na África, na Ásia. O Brasil tem realmente uma responsabilidade humanitária para com muitas outras áreas-bolsões de pobreza na humanidade.

Então, eu via esta noite, entre meditação e cansaço, entre esperança e realmente constatação de metas já adquiridas nestes dias, algo mais do que só tanta gente, aqui, contribuindo com a sua presença. Eu via também a possibilidade de nós, amanhã, trazermos solução não só para o nosso povo, mas para toda essa humanidade que necessita da contribuição do Brasil.

Então, é dentro desta perspectiva, também, que devemos nos situar nesta noite e perceber que não é só a nossa Constituição que está em questão, mas também a tomada de consciência do Brasil com uma mensagem nova para essa humanidade, que não é mais de violência, de opressão, mas sim de reconhecimento da dignidade de todas as pessoas humanas.

Sem querer conceituar saúde como benefício individual, também não quisera conceituar saúde do nosso povo como benefício nacional e basta. Creio que temos que realmente nos preparar, a geração dos que aqui estão, sobretudo os mais jovens, para trazer uma contribuição efetiva para uma nova era de toda a humanidade. E é nesta perspectiva que temos que perceber que quando tratamos, por exemplo, de custo de remédio ou de falta de médicos, ainda estamos pensando naqueles que podem, por exemplo, ter sindicato, ou naqueles que ainda têm salário, quando na nossa Pátria há um coeficiente altíssimo de pessoas marginalizadas de todos esses benefícios do progresso. Basta ver numa cidade como São Paulo, onde moro, e tantos aqui também, o número de pessoas que se arrastam de noite pela cidade, que não têm casa, não têm comida, não têm salário e não têm nem condição de ter trabalho. Essas pessoas têm dores de dente, têm sofrimentos atrozes. Ainda uma semana atrás um homem morreu, estirado numa cama velha, num prédio abandonado, sentindo dores, pedindo um copo de leite, não se sabe bem o que ele tinha que tanto sofria, e ninguém lhe tra-

zia um copo de leite, e aquele homem morreu assim, abandonado na rua.

Há hoje populações imensas que não têm acesso nem ao que aqui nos traz, que é a condição de participação.

De modo que é dentro desta meta de um horizonte, de um mundo a ser refeito, de um País a ser reconquistado para a dignidade dos seus habitantes, dos seus cidadãos, que devemos, nesta noite, perceber que muito do que está sendo colocado vai transcender aqueles direitos mais imediatos que queremos reivindicar. É toda uma nova forma de convivência, é todo um novo horizonte de humanidade que queremos ajudar a construir.

Então, eu colocaria nessa faixa de marginalizados as crianças abandonadas de nosso País. Basta ver as taxas de mortalidade para o primeiro ano. São taxas realmente ignominiosas! Não é possível que num País como o nosso tenhamos taxas piores do que de Sri-Lanka e das Filipinas! Temos, no Nordeste, uma taxa de mortalidade infantil que nos envergonha. Visitando, outro dia, o Hospital Municipal de Tatuapé, em São Paulo, perguntei a um grupo de médicos qual era a doença que tinha mais incidência, o que a eles preocupava mais. E dois ou três médicos, falando em voz baixa, até com certa vergonha, diziam: "Doença? A fome, a desnutrição, a falta de preparo que essas pobres crianças têm para se defrontarem com a vida".

Então, vejam, é dentro dessa percepção de marginalidade, de pessoas afastadas daquilo que é a condição de vida, que colocamos também os índios. Aqui há um pedido especial para que, quando eu usasse a palavra, não deixasse de me referir aos índios, que estão em situações difíceis, realmente difíceis. Aqueles que visitam esses núcleos de populações indígenas sabem que eles são afeitos às infecções, por ganância, muitas vezes, das companhias de minerações, que eles são, pouco a pouco, condenados, ainda, ao genocídio. De 5 milhões que eram quando começamos a ser país, hoje eles são nada mais do que 200 mil. Temos que ter para com eles a delicadeza e o respeito de lhes dar condições de viver na própria cultura, de ter os atendimentos médico e sanitário que sejam coerentes com a própria capacitação. É preciso respeitar aquelas culturas que ainda hoje se beneficiam com tratamento de ervas, cuidados especiais e regimes alimentares. Esse respeito temos que dar a eles e também as condições para que eles possam, na demarcação de sua terra, na paz, desenvolverem realmente os próprios núcleos familiares, de novo crescerem como populações neste PaÍs que quer ser livre e respeitar a liberdade das populações indígenas. Infelizmente, até hoje não tivemos, nestes últimos anos, como chegar a uma fórmula de respeito à vida dos índios.

Assim, lembro as crianças, lembro os pobres mendigos de nossas ruas, lembro aqueles que não têm emprego, lembro também as condições de tantos bolsões de pobreza. Quero lembrar, se falamos de números de médicos e falamos de preço de remédio... Que coisa triste! Ontem, vindo para cá, um homem corria atrás de mim e dizia: "por favor, dá para o senhor me ajudar para o aluguel deste mês?" E ele precisava de 200 mil cruzeiros para completar o aluguel. E eu disse: “Com esforço, neste momento, dá." E ele disse: "Bem, pedi ao senhor para o aluguel, mas vou queimar esse dinheiro no remédio de minha mulher, que são 150 mil cruzeiros. Não posso, mas tenho que dar esse remédio para a minha mulher".

Vejam como a situação hoje está caótica! Não é só a grande análise que temos que fazer, mas a percepção de todas essas situações.

E quando falamos de socialização da medicina, entendemos muito bem o que isso quer dizer, e vemos aí um valor, porque estender-se-ia todo um atendimento e um serviço à maior parte de nossa população. Isso deve vir acompanhado de educação, porque já vi pessoas chorando de fica-

rem na fila do INPS a madrugada inteira, serem atendidas em menos de 10 minutos e não saberem nem que remédio devem tomar. De modo que é toda uma educação do povo. Essa mesma pessoa dizia que estava fazendo realmente uma passagem por entre os amigos para arranjar um dinheiro e ir a um "médico de pagamento" – como ele dizia – “que esse vai cuidar de mim". Quanta ilusão em todas essas colocações!

Se não nos reeducarmos para uma consciência da dignidade pessoal e dos outros; se quisermos partir para um país que se enucleia no serviço ao próximo, na colaboração aos demais, a socialização terá também os seus graves defeitos se não vier imediatamente acompanhada dessa consciência dos serviços, dessa vontade do devotamento ao próximo. Venha, sim, a socialização da medicina, mas venha através de pessoas que queiram realmente dedicar a sua vida aos seus semelhantes, que saibam perder tempo com os pobres e dar a eles garantia de recuperação de sua saúde. Neste momento, saudaremos, todos juntos, com uma salva de palmas, a socialização da medicina no nosso País. Mas se ela não vier ligada fundamentalmente a essa renovação da mentalidade, a essa mudança de atitudes, teremos uma coisa triste: não havendo essa educação, essa consciência profissional, essa espécie de vontade de serviço, o nosso povo, que já é sofrido, ficará ainda mais abandonado às suas ilusões.

Então, nesta noite, o que percebo, olhando para a Constituição, não é apenas a vontade de marcar presença com todos aqueles direitos que estão ligados à saúde – isto é evidente e indispensável. E a colaboração de todos há de chegar a fórmulas pertinentes, aceitáveis e que deverão ser implantadas. Acho também que nesta participação popular, nesta vontade de colaboração de todos os segmentos da sociedade deve haver uma consciência cada vez mais esclarecida sobre aquilo que o Santo Padre nos dizia: "Este povo, sim, poderá ser um povo capaz de levar mensagem de fraternidade a toda a humanidade no momento em que ele se conscientizar não só da sua dignidade, mas do compromisso que ele tem com a dignidade do seu próximo".

E dentro desta perspectiva que creio que o problema da saúde será resolvido, sem dúvida, em nosso País, a partir de algo que é mais fundamental, que é a vontade que temos de reconhecer no nosso próximo a dignidade que reivindicamos para nós. E aí vamos encontrar o que há de mais fundamental para o futuro da humanidade, que é substituir uma sociedade da ganância, da opressão, da violência por uma sociedade que respeita o direito à vida que o próximo tem, reencontrando a significação mais forte da palavra amor ao seu semelhante.

O que falta hoje também na classe médica, nos nossos hospitais é – por que não colocar o dedo na chaga? – também a vontade de servir ao mais necessitado. Vi gente morrendo por abandono, tenho visto nos prontos-socorros pessoas jogadas nos corredores, desatendidas, e tudo isto hoje, ainda ao alcance das nossas ações de serviço necessário a pessoas extremamente carentes.

Portanto, é numa série de medidas que devemos cifrar a nossa vontade de servir a este País.

Que a Constituição bem redigida, pertinente e capaz realmente de insistir naqueles direitos sem os quais nunca mais seremos capazes de devolver ao povo a alegria de viver, que esta Constituição nos encontre verdadeiros constituintes de um País que quer de novo se reerguer, porque cria a confiança no seu semelhante e acredita que é possível que cada um de nós esteja mais interessado na vida do outro do que na própria vida.

E estas palavras não são minhas, são do Cristo : "Amar é dar a vida”.

O Dr. Guaracy da Silva Freitas – Ilustres membros da Mesa, distinto auditório, com efeito, o nosso digno presidente, Dr. Herman Assis Baeta, deu-me a grande honra

de representar o Conselho Federal da OAB nesta emérita 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Procurarei ser breve e peço desculpas por alguns equívocos. Todavia, o Conselho Federal da OAB, em sessão plenária realizada ano passado, sempre se pautou contra o anteprojeto a ser feito por qualquer comissão, em qualquer gabinete, a ser remetida à futura Assembléia Nacional Constituinte.

A nossa Constituição, conforme acentuou o ilustre Ministro Waldir Pires e o Reitor Cristóvam Buarque, é a participação do povo, é a participação dos médicos, das médicas, dos líderes comunitários, enfim, do cidadão, discutindo no seu hospital, na sua clínica, na sua escola, no seu bairro, no seu futebol, na sua praia e no seu botequim, saindo deste auditório cada um para o seu lugar, para o seu lugarejo, para o seu estado, levando a mensagem do povo que quer a sua saúde, que quer sua saúde não só como direito, mas também que o Estado, seja o federal, seja o estadual, seja o municipal, garanta esses direitos. Compete, a nós, principalmente, reivindicar esses direitos. Temos também deveres para com a saúde, para com o Estado, seja federal, estadual ou municipal.

A OAB, que tanto se bate e continua a se bater por uma Assembléia Nacional Constituinte, conforme o II Congresso Nacional de Advogados para a Constituinte, realizado em outubro de 1985, aqui, em Brasília, concluiu pelo seguinte:

"Os advogados, fiéis aos princípios democráticos, conclamam todo o povo e suas organizações a não abrir mão de seu inalienável direito de construir a Nação, e declaram que persistirão na luta por uma Constituição legítima em sua origem democrática e popular em seu conteúdo".

Este é o objetivo de todos nós, esta é a nossa Carta. Esta deve ser a Carta da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Esta é a mensagem que a companhia dos advogados de todo o Brasil quer trazer aos membros desta Conferência que daqui os seus ilustres integrantes, os seus participantes levem a mensagem do direito à saúde ao povo brasileiro.

Nos nossos representantes perante a Assembléia Nacional Constituinte qual será o compromisso desses candidatos? Compete a nós a educação no votar. Este é o nosso compromisso, senhoras e senhores.

Desta forma, como disse, a OAB não comunga com qualquer anteprojeto, com qualquer dispositivo de gabinete. Será o povo todo opinando, participando, votando e cobrando de seus representantes na Assembléia Nacional Constituinte os dispositivos legais fundamentais à saúde dos brasileiros. Dispositivos, inclusive, para a proteção dos excepcionais, dos doentes-mentais, dos idosos, dos nascituros e, também, dispositivos para os não fumantes. O fumo não é uma questão de saúde? Pois também pode ser esta uma mensagem a ser levada ao povo brasileiro.

De modo, ilustres participantes, membros da Mesa, organizadores desta 8ª Conferência Nacional de Saúde, a OAB se sente honrada de estar aqui representada e estará à disposição de qualquer cidadão brasileiro para, com a sua modesta contribuição, acompanhar todos os segmentos da sociedade civil e, assim, fazermos uma Constituição forte e duradoura.

O Deputado Pimenta da Veiga – Desejo dizer que foi um grande privilégio presidir esta sessão, não apenas pela qualidade das palestras que aqui ouvimos como também pelo interesse e pela participação de auditório de tão elevado nível.

Ouvimos aqui a palavra de um profissional da saúde, ouvimos a palavra da Igreja, a palavra da universidade e a dos advogados. Em todas estas palestras houve um ponto comum – a Constituinte – que nós todos desejamos há de ter a constante, permanente e indispensável participação de todos os brasileiros.

É preciso que o debate que já se instalou em todo o País seja cada dia maior,

cada dia mais intenso, porque a Constituinte representa também uma oportunidade de repensar o Brasil.

O povo brasileiro, quando foi às urnas para derrotar o autoritarismo e dizer que, se nos queriam impor mais um governo arbitrário venceríamos pela nossa união, estava exercendo o seu direito de cidadania. Quando, depois, voltou às praças públicas para construir a Nova República, estava exercendo o seu direito de cidadania. Quando o povo brasileiro, em dias recentes, compreendeu a importância da reforma econômica que está sendo feita neste País, exerceu o seu direito de cidadania contra comerciantes inescrupulosos, chegando até mesmo a fechar estabelecimentos comerciais.

O que precisamos, portanto, é fazer desta Constituinte o mais pleno e absoluto exercício de cidadania. Precisamos debatê-la exaustivamente, porque só assim é que conseguiremos fazer uma Constituição que sirva aos tempos de reformas que estamos vivendo.

Uma Constituição por si só não reforma um país, mas pode impedir que isto aconteça. Haveremos de nos unir, haveremos de debater para impedir que a Constituição que tanto desejamos, que pode ser a derradeira Constituição deste País, não seja uma Constituição conservadora. Que ela seja renovadora como estes tempos, que ela permita a revolução pacífica que estamos realizando e que, acima de tudo, a nova Constituição garanta a democracia, que é o bem maior que nós todos temos que defender.

Passo a presidência desta sessão ao Professor Antônio Sérgio da Silva Arouca.

O Professor Antônio Sérgio da Silva Arouca – Companheiros, agradecendo a presença de todos os participantes, rendemos homenagem a pelo menos dois participantes que tiveram aqui papel extremamente especial.

Em primeiro lugar, ao Ministro Carlos Sant'Anna, que foi o Ministro que convocou esta Conferência e assumiu, de forma extremamente corajosa, que esta Conferência tivesse o caráter com que hoje ela vem se realizando, que não fosse uma Conferência simplesmente de profissionais de saúde, e sim que fosse uma Conferência que o encontro com o usuário, com a sociedade brasileira.

Em segundo lugar, registro a presença, aqui, por um instante, do Dr. Wilson Fadul.

O Dr. Fadul foi Ministro da Saúde do Governo João Goulart e foi também o Presidente da 3ª Conferência Nacional de Saúde, uma Conferência absolutamente histórica neste País, onde, pela primeira vez, se colocou a possibilidade de transformações profundas no nosso Sistema de Saúde. Presente aqui, não poderíamos deixar de fazer uma homenagem ao Dr. Fadul e também de lhe facultar a palavra.

O Dr. Wilson Fadul – Senhor Presidente, meus senhores e minhas senhoras, algumas palavras apenas para significar a minha satisfação de estar aqui presente participando desta 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A razão principal desta satisfação se deve ao fato de ter eu, por destino, presidido a 3ª Conferência Nacional de Saúde, a última Conferência realizada em plena vigência da Constituição de 1946, antes do golpe militar de 64.

E, para muitos, por estranha coincidência, estou hoje, aqui, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a primeira que se realiza depois que o povo brasileiro retomou nas suas mãos o seu próprio destino e conquistou as suas franquias democráticas.

Para mim é como se estes vinte anos não tivessem existido, porque as teses que então foram debatidas, discutidas, aprovadas na 3ª Conferência estão aqui inteiras, sendo debatidas por todos vocês nesta 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A primeira delas, que gostaria de acentuar pela enorme proximidade que tem com o pensamento que domina hoje os técnicos de saúde pública no Brasil, era a necessidade de se articular, no plano federal,

no plano estadual e no plano municipal, as ações de saúde. Vale dizer, a unificação do serviço de saúde em todo o território nacional.

A segunda das teses então proposta naquela Conferência tinha uma denominação muito cara a todos nós – a municipalização dos serviços de saúde, municipalização entendida como uma descentralização das tarefas básicas de saúde pública, porque a 3ª Conferência Nacional de Saúde foi, de certo modo, a culminação de uma evolução no pensamento dos técnicos sanitaristas brasileiros, que tinham já percebido a impossibilidade de ser a saúde um problema da União Federal, pelo simples fato de que a máquina federal, mastodôntica, morosa, muito cara, era incapaz de atender a todas as comunidades nacionais espalhadas por todos os cantos do nosso País a custos sequer toleráveis pelos recursos da nação.

A Constituição de 1946, sob cuja égide aquela Conferência realizou-se, foi elaborada num momento em que nem sequer existia o Ministério da Saúde. Certamente daí a pobreza dos seus textos referentes ao assunto, aqui já acentuado por alguns dos que me precederam.

Na verdade, o pensamento dos especialistas foi evoluindo, até que puderam definir a saúde como um componente do processo nacional do desenvolvimento econômico e, portanto, desvinculado de outros aspectos que dizem de perto com o bem-estar da nossa população.

Sabíamos, naquele tempo – e parece que isso foi esquecido durante estes vinte anos – que as medidas médico-assistenciais, por mais corretas que sejam, por melhor que nos ajudem a cuidar da saúde do nosso povo, não têm a menor serventia se não forem simultaneamente acompanhadas por uma melhoria substancial na qualidade da vida. A habitação, as condições básicas de saneamento, a alimentação é talvez muito mais importante do que os cuidados médicos.

Por isso, neste instante, quando, se debate problema desta magnitude e se passa por cima de vinte anos como se não tivessem existido, retomando as teses do passado, é da maior significação que todos nós nos reunamos em torno daquilo que não nos separa. Haverá discordâncias de enfoque, diferenças de análises dos problemas que nos estão aqui chamando a atenção, mas devemo-nos unir em torno daquelas teses que são praticamente unânimes, e com elas construamos uma Constituição que, no que se refere à saúde, possa atender às aspirações e às esperanças de todo o povo brasileiro.

Termino, agradecendo a oportunidade de participar desta reunião. A diferença que noto entre a Conferência do passado, que foi por mim presidida, e esta tão bem conduzida pelo Professor Antônio Sérgio da Silva Arouca é apenas uma: nos reunimos na Academia Nacional de Medicina no Rio de Janeiro. Eram apenas os médicos, os sanitaristas, a vanguarda do pensamento médico do Brasil, imbuídos de um pensamento uniforme, construído ao longo de 30 anos de frustração, por imposição de estruturas sanitárias inadequadas à realidade nacional, não abrangente de todas as desigualdades que se encontram por todo o território nacional. Esta de hoje guarda uma diferença essencial: não é uma Conferência de técnicos, é uma Conferência do povo, que está aqui, presente, e aqui representando milhões e milhões de outros brasileiros e sobre os quais recai a responsabilidade de pensar e repensar o problema de saúde em beneficio de toda a nossa população e em beneficio do futuro do Brasil.

APRESENTAÇÃO DOS RELATÓRIOS DAS PRÉ-CONFERÊNCIAS ESTADUAIS

Acre
Alagoas
Amapá
Amazonas
Bahia
Ceará
Distrito Federal
Espírito Santo
Goiás
Maranhão
Mato Grosso
Minas Gerais
Pará
Paraíba
Paraná
Pernambuco
Piauí
Rio de Janeiro
Rio Grande do Norte
Rondônia
Santa Catarina
São Paulo
Sergipe

ACRE

A Pré-Conferência do Acre ocorreu em 5 e 6 de março, organizada pela CIS. O que houve de mais positivo foi a forte presença da Federação e da Associação de Moradores do Acre e do Movimento de Reintegração do Hanseniano na elaboração dessas propostas.

Há, na proposta do Acre, talvez, várias proposições já apresentadas oficialmente, provavelmente leis que já existem, propostas de leis que não estão sendo cumpridas, porém elas são enfatizadas aqui para uma reflexão e para se questionar por que isso ocorre.

1. A Saúde como um Direito Inerente à Cidadania e Personalidade

A saúde é um direito de todo cidadão, não só pelo fato de ser uma criatura-humana, que por si só já tem garantido esse direito, mas sobretudo pela contribuição oferecida ao Estado através do pagamento de impostos.

É dever do Estado redistribuir os recursos, a fim de garantir a saúde da população. Para assegurar esse direito do cidadão foram levantadas as seguintes propostas: dar transparência a toda a comunidade a respeito da alocação de recursos financeiros, independente de sua fonte de financiamento; proporcionar a universalização e igualdade de todos os níveis de complexidade de atendimento às pessoas; garantir a representatividade de todos os segmentos da sociedade nas Conferências Nacionais de Saúde; assegurar formalmente a participação da comunidade no planejamento, fiscalização e co-gestão dos serviços de saúde.

Para tanto, é necessário:

- A criação de leis que assegurem esse direito.
- Tornar obrigatória a divulgação gratuita em todos os meios de comunicação, no que diz respeito aos direitos do cidadão sobre os serviços de saúde e fornecer as informações necessárias referentes às doenças prioritárias da região.
- Garantir à população o acesso às necessidades básicas, tais como alimentação, educação, saneamento, habitação, lazer, direito ao trabalho etc., pois a saúde não é só a ausência de doença, mas um completo bem-estar físico, mental e social;
- Eliminar a ingerência política nos órgãos públicos; escolher através de participação popular os dirigentes a cargos públicos.

2. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde

O Acre acha que ela passa obrigatoriamente pela moralização do serviço público e pela participação efetiva da população.

A conscientização do profissional de saúde também é fundamental ao funcionamento de qualquer que seja o sistema proposto, e esse é um fator importante a ser discutido aqui.

Nesse sentido, as propostas são as seguintes: priorizar os cuidados primários de saúde; enfatizar o atendimento materno-infantil; capacitar pessoal técnico-administrativo, garantindo a reciclagem periódica e obrigatória dos funcionários de nível elementar, médio e superior, de acordo com os programas específicos de cada região; assegurar o bom funcionamento de todo o sistema por meio de supervisão efetiva aos serviços de saúde; unificar a administração dos serviços de saúde do País, inclusive os serviços privados; descentralizar a administração a nível regional, estadual e municipal, garantindo o poder deliberativo em todos os níveis; municipalizar os serviços de saúde; reestruturar e modernizar as instituições de saúde; hierarquizar e regionalizar os serviços de saúde; avaliar e reformular os currículos da área de formação de recursos humanos, adequando-os às necessidades atuais da sociedade brasileira.

Para tanto, é importante introduzir a disciplina de saúde pública em todos os cursos ligados à área de saúde, de acordo com a realidade local; priorizar a formação de profissionais de saúde em generalistas e sanitaristas; eliminar a ingerência política do setor saúde; enfatizar a necessidade de que sejam aplicados os dispositivos legais que obrigam a admissão através de concurso público para o pessoal de todos os níveis do setor saúde; proporcionar isonomia salarial para profissionais de todos os níveis do setor saúde; contratar pessoal em regime de tempo integral e remunerar com justo salário; romper gradativamente os convênios com os serviços de saúde privados; utilizar a capacidade plena das unidades de saúde da rede pública; incentivar a interiorização do profissional de saúde; realizar planejamento ascendente a partir das unidades de saúde, com a participação da comunidade.

3. Financiamento do Setor Saúde

Dentro da filosofia de unificação e descentralização dos serviços de saúde, e respeitando-se o conceito de moralização e de participação popular, colocaram-se as seguintes propostas: redefinir a política de contribuição da previdência social; descentralizar os recursos financeiros; criar leis que fixem o percentual para o setor saúde, equiparando-o aos destinados à educação; unificar todas as verbas repassadas para o setor saúde, através da criação do fundo único; cumprir os cronogramas de liberação dos recursos financeiros.

Aqui há algumas recomendações gerais. Os representantes das diversas entidades que participaram do evento, ao elaborar este documento, gostariam de esclarecer o seu posicionamento em relação à ação dos políticos.

Como representantes do povo, a influência dos políticos deve ser preservada a nível de planos de governo, e participação na discussão da sua execução. Entende-se por ingerência a influência técnico-administrativa e, nesse sentido, definem-se os seguintes pontos críticos: a ingerência na contratação de pessoal através do clientelismo; e o uso dos órgãos públicos com fins eleitorais, que por lei é proibido mas que não está sendo cumprido.

Outro aspecto que merece destaque é que, devido às peculiaridades regionais do estado do Acre, sugere-se a aposentadoria dos trabalhadores rurais aos 45 anos de idade, tendo em vista que eles vivem em ambiente hostil e isolados dos centros urbanos e ainda remanescentes do extrativismo, uma atividade extremamente desgastante.

Informa-se, ainda, que a Plenária manifestou a sua preocupação quanto ao enca-

minhamento da questão da dívida externa, que deve assegurar, em qualquer caso, a soberania nacional e que em nenhum momento o pagamento venha a comprometer os programas sociais de interesse nacional. Para esclarecimento da questão, sugere-se a promoção de ampla discussão nacional.

Finalmente, sugere-se a nacionalização da indústria farmacêutica, como estímulo à produção de medicamentos básicos, com a utilização de tecnologia própria.

ALAGOAS

O Encontro em Alagoas se deu de forma descentralizada; fizemos oito encontros no interior do estado, através das regionais de saúde, com a participação diversificada dos trabalhadores rurais, associação de moradores, com a participação também dos profissionais de saúde vinculados às instituições como a Fundação SESP, SUCAM, Secretaria de Estado e a própria rede municipal de saúde.

Desses encontros regionais fizemos a seleção dos delegados que iriam participar do encontro estadual, em Maceió, na capital do estado. Isso se deu durante o mês de dezembro inteiro.

O encontro estadual da capital contou com a presença de 220 delegados tirados desses encontros regionais, com poder de deliberação, porque foram também discutidos os mesmos temas que hoje estão sendo discutidos na Conferência, como Financiamento, Reordenação e a questão do Direito à Cidadania.

A participação total dos companheiros que colaboraram com o encontro estadual **foi de aproximadamente 900 pessoas, sendo 700 no interior e 250 na capital**.

Em relação à questão do **Direito à Cidadania e à Personalidade**, foi discutido que a saúde é um dever do Estado e um direito inalienável do cidadão, já que é uma obrigação do Estado gerenciar os recursos captados junto à população, e devolvê-los sob a forma de bens e serviços a toda pessoa, indistintamente, sem contudo excluir a participação efetiva dos diversos segmentos da sociedade, como as associações de moradores, sindicatos, comunidades eclesiais de base etc.

É preciso entender que o direito à saúde é uma conquista e não uma concessão.

Em relação à **Reorganização do Sistema Nacional de Saúde** é necessário o fortalecimento político das Ações Integradas de Saúde, como estratégia para que se alcance o sistema único, obedecendo-se a alguns princípios, como o da universalização e hierarquização dos serviços; a plena utilização do setor público, complementado pela rede privada; a capacitação de recursos humanos em todos os níveis, seja através da sua formação básica, seja através da reciclagem posterior, no momento em que o profissional já estiver executando seu serviço; a união dos ministérios que lidam com a questão saúde e a ampliação desse trabalho; uma política justa de cargos e salários; a equiparação dos salários em relação à própria Política Nacional de Saúde; a hierarquização e regionalização do sistema; e a municipalização associada, principalmente, à democratização das questões de saúde e a preparação do município para assumi-las. Foi discutido, ainda, que o Estado tem o dever de financiar integralmente o setor saúde.

A proposta que saiu do estado de Alagoas, em relação ao Financiamento do Setor, de como se conseguir levantar recursos para o setor, passaria exatamente pela não sobrecarga do trabalhador em relação ao próprio financiamento do setor saúde – a garantia de recursos para o setor saúde oriundos do capital e não do trabalho. Como, por exemplo, a taxação de lucros das empresas, a taxação de supérfluos, de jogos, loterias, bebidas, cigarros etc.

Foi visto, também, na Plenária Final, a necessidade de se avançar na discussão do tema Financiamento do Setor Saúde para a estatização dos serviços, como forma de moralizar o sistema, tendo em vista ter sido

essa proposta bem-sucedida em alguns países capitalistas, devendo a mesma ser amplamente discutida durante a 8ª Conferência.

Acho que o marco da Preparatória da 8ª Conferência em Alagoas passou basicamente pela questão da mobilização política da sociedade civil e das instituições discutindo amplamente os problemas da sociedade.

Nos encontros regionais tivemos diagnósticos elaborados nas regionais de saúde, trazendo no bojo das discussões os grandes e graves problemas que atingem a população nordestina no setor saúde, de operacionalização da rede, das próprias endemias, dos índices de mortalidade existentes na região Nordeste.

Esse, para nós, foi o maior fruto: o de chegar junto à população e às instituições e discutir, realmente tirar o véu da problemática que existe hoje, por detrás das instituições que fazem saúde.

Foi muito importante a mobilização do Estado, o efeito foi muito bom, tanto que aqui, nesta Conferência, nós trouxemos inúmeros companheiros, como participantes e também como observadores, além dos poucos delegados que a gente teve direito no Estado.

AMAPÁ

A Pré-Conferência do Território Federal do Amapá foi realizada nos dias 10 e 11 deste mês de março, para a qual foram convidadas cerca de 84 entidades, sendo que nem a metade delas realmente compareceu. E a Secretaria de Saúde, realmente, não pôde mobilizar todo seu mecanismo de convencimento e de divulgação dessa Pré-Conferência, porque o tempo que foi concedido à Secretaria para essa realização foi por demais exíguo.

Eu vou me restringir à leitura de três ítens apenas, que consideramos aspectos positivos, aspectos negativos e quais seriam as propostas do Amapá.

Quanto aos aspectos positivos:

1) Democratização da discussão sobre a problemática da saúde, envolvendo os vários setores e segmentos da sociedade.

2) Possibilidade de apresentação das propostas da unidade da Federação, retratando a realidade e as peculiaridades locais.

3) Em decorrência da realização da conferência local e em função das pressões exercidas pela comunidade, a introdução de um representante de associação de moradores, como delegado, à Conferência Nacional de Saúde.

4) Constatação da necessidade da conferência local não se encerrar ao término do último dia de debates, mas que se constituísse como um início de uma série de atividades dessa natureza, envolvendo todos os setores e segmentos da comunidade, especialmente nas áreas periféricas e rurais da unidade Federativa, como forma de divulgação à comunidade e sensibilização dos profissionais que atuam no setor saúde.

5) Necessidade de se repensar a operacionalização do INAMPS quanto às caracterizações dos casos de emergência, em função da resolutividade dos casos.

6) O anseio da população em participar das decisões, através de suas representatividades, em função da real adequação dos serviços públicos às suas necessidades.

Vou ressaltar apenas dois aspectos negativos:

1) A visão negativa que a população tem dos serviços de saúde, e a realização da Conferência em dias úteis contribui para a falta de representatividade da população.

2) O curto espaço de tempo para a preparação e divulgação da Conferência, concorrendo em alguns aspectos para as distorções de funções e atribuições de assuntos pertinentes.

Propostas :

1) Municipalização do sistema de saúde como estratégia de maior cobertura e poder de resolutividade da rede assistencial.

2) Concretização e regime de urgência do princípio de isonomia salarial entre as

várias categorias técnicas que atuam no setor saúde.

3) Mudança dos critérios de atuação do Departamento de Vigilância Sanitária, para que passe a atuar também em relação aos órgãos do governo.

4) Modificação curricular das universidades, no sentido de regionalizar os cursos da área das ciências biológicas e biomédicas e sensibilização desse profissionais para o aspecto social da saúde. Para tanto, propõe-se a inclusão de um Curso Básico de Saúde Pública nesses currículos.

5) Humanização do sistema de saúde.

6) Participação ativa da comunidade nos processos de planejamento e avaliação.

7) Reformulação dos programas de saúde, dando ênfase na parte de educação e saúde como prioridade.

8) Que os sindicatos tenham autonomia para proporcionar a assistência à saúde a seus sindicalizados, recebendo o apoio em termos de recursos humanos e medicamentos por parte do governo.

9) Que fique à disposição da comunidade um serviço de saneamento mais atuante.

10) Maior integração a nível de planejamento setorial, para que seja evitado o paralelismo de ações.

11) Redefinição do estatuto jurídico e institucional do território, para que tenhamos mais autonomia financeira, principalmente para o setor saúde, que deverá ser considerado como uma prioridade.

AMAZONAS

A Conferência Estadual de Saúde do Amazonas contou com participação de diversos sindicatos, associações e conselhos, tanto da área de saúde como de outras áreas. A Conferência foi realizada em Manaus, de 26 a 27 de fevereiro. Várias instituições não atenderam ao nosso chamamento, mas a Conferência teve a participação de aproximadamente 500 pessoas.

Agora, eu passo a ler o resumo das propostas, literalmente, do Estado do Amazonas.

1. No que se refere à **Saúde como Direito do Cidadão e Dever do Estado**, reafirma que a saúde é um direito universal de cidadania e um dever do Estado. A promoção da saúde em seus diversos níveis deve constituir-se prioridade em todos os programas de governo (saneamento básico, educação e produção de alimentos) de modo a:

– destinar esforços maciços para a erradicação das doenças endêmicas que assolam o País, levando à incapacidade laborativa de milhões de brasileiros;

– criar meios para reintegrar os deficientes físicos à sociedade e ao trabalho;

– implementar a **reforma agrária**, visando possibilitar ao homem do campo dignas condições de subsistência e meios para a manutenção de sua saúde, ocupação, paz social, estabilidade econômica;

– promover uma distribuição justa de renda e riquezas nacionais, possibilitando meios de manutenção da saúde;

– criar instrumentos legais que garantam a permanência do índio em seu **habitat** natural, destinando recursos para a promoção da saúde e aumento de sua população.

2. No que se refere à **Reformulação do Sistema Nacional de Saúde**, a Conferência do estado propôs que:

– o sistema deve ser unificado e as decisões descentralizadas e o planejamento das ações de saúde devem ser elaborados considerando as particularidades regionais;

– a comunidade ou o usuário deve participar ativamente no planejamento, execução e fiscalização das ações de saúde em todos os níveis;

– reafirmação das ações integradas de saúde como estratégia mais viável, em todos os níveis, na promoção da saúde, através da universalização do atendimento, tanto no campo quanto na cidade;

– as ações de saúde devem ser empregadas nos níveis primário, secundário e terciário de forma hierarquizada, evitando a duplicação de meios para os mesmos fins;

– criar instrumentos que possibilitem a extensão da assistência à saúde aos indiví-

duos, de maneira universalizada, esteja este no campo ou na cidade;

– a rede privada deve ser entendida como concessionária dos serviços de saúde, devendo ser utilizada apenas para a complementação dos mesmos;

– criar instrumentos para melhor exercer a avaliação dos serviços de saúde prestados, tanto na rede pública como na rede privada, com a participação do usuário diretamente e/ou através de sua representação;

– estabelecer uma política integrada de formação e aperfeiçoamento permanente de recursos humanos e modernização de equipamentos, de acordo com as necessidades regionais;

– implementar uma política de incentivos para interiorização dos profissionais que estejam direta ou indiretamente comprometidos com a promoção da saúde, principalmente priorizando as localidades mais carentes e oferecendo, entre outras coisas, melhor salário, possibilidade de reciclagem, condições de trabalho, habitação etc.;

– criar um plano de cargos e salários unificado, específico para o setor saúde, que defina o perfil dos profissionais do setor e que proporcione isonomia salarial e remuneração justa;

– revisão na legislação que estabelece o salário do profissional da área da saúde, objetivando uma remuneração digna e compatível com suas necessidades.

3. Em relação ao **Financiamento do Setor Saúde**, propõe:

– que o financiamento da previdência social deverá ser de 6% sobre os salários, diminuindo gradativamente enquanto se aumenta o percentual sobre os lucros das empresas;

– caberá ao governo, no sistema unificado, destinar ao setor saúde 12% do orçamento da União, e do município, 25% da arrecadação previdenciária;

– a distribuição dos recursos não deve levar em consideração o contingente populacional de cada região, tampouco a sua arrecadação fiscal; deve considerar fundamentalmente as condições de vida e de saúde da região, promovendo assim uma distribuição justa dos recursos;

– investir prioritariamente em pesquisas, cujos objetivos estejam voltados, concretamente, para os problemas de saúde do País.

Finalizando, descentralização dos recursos financeiros do nível federal, possibilitando a autonomia de seu gerenciamento em nível estadual.

BAHIA

A Conferência Estadual de Saúde foi organizada exclusivamente por entidades de profissionais de saúde, por entidades estudantis da área de saúde, por entidades do movimento popular de saúde, e teve uma participação pequena de sindicatos de trabalhadores e de representações do interior. Teve também o apoio de instituições de saúde, como a Secretaria Estadual de Saúde, a Fundação SESP, o INAMPS, a Universidade Federal da Bahia, Secretarias municipais de Saúde, como a de Camaçari e de Salvador.

Nós listamos cinco teses básicas para serem levadas ao debate nesta 8ª Conferência:

1) Saúde como um direito de cidadania e dever do estado, no sentido que a gente entende que a cidadania é um processo de conquistas e que a saúde faz parte da conquista da cidadania plena.

2*)* Participação da sociedade civil, organizada em todos os níveis da decisão à execução das políticas governamentais, isto como uma questão de princípios, a ser assumida não só a nível das entidades de saúde ou das políticas de saúde, mas a nível geral.

3) Criação de um sistema único de saúde em que sejam asseguradas as seguintes características fundamentais: um sistema único gratuito, universalizado, integral e de elevado padrão.

4) Garantir, constitucionalmente, a par-

ticipação da sociedade civil organizada no sistema único de saúde, das instâncias federal, estadual e municipal a níveis de decisão, planejamento e execução. A questão é que isso precisa ser uma garantia constitucional, não apenas a nível de programas de estratégias a serem desenvolvidas.

5) Estabelecer, constitucionalmente, uma porcentagem de contribuição da União, estados e municípios para a manutenção do sistema único de saúde, como assegurando que o financiamento do setor de saúde não recaia, preponderantemente, na contribuição compulsória do trabalhador.

Esta é uma forma que encaramos de assegurar a luta por um sistema único de saúde e, ao mesmo tempo, evitar que nesse processo diminuam ainda mais os precários recursos que a União, que os governos estaduais e municipais destinam à saúde e que seja encampada a parcela da previdência social que vem diretamente do trabalhador.

Essa é uma forma que consideramos viável no sentido de assegurar os interesses do trabalhador e, também, de assegurar a realização de um sistema único de saúde no Brasil, rumo à reforma sanitária.

CEARÁ

No Ceará houve um encontro promovido pela Secretaria de Saúde do Estado, INAMPS e Delegacia Federal de Saúde. Houve outro, em Fortaleza, promovido pela prefeitura. Procuramos juntar o material desses encontros numa só apresentação.

Os pontos levantados foram bastante semelhantes aos que já foram aqui colocados, principalmente o direito do indivíduo a ter assistência médica e serviços básicos de saúde. Foi enfatizado que deve ser eliminado aquele sistema, ainda atualmente em vigor, de que o indivíduo, da área rural ou da periferia, para ser atendido, deve ser ligado a algum político que consiga levá-lo até um hospital. O Estado deve ter serviços básicos de saúde para todos os cidadãos brasileiros. Para que isso aconteça, é importante que participe a comunidade, que os usuários participem do gerenciamento desse sistema. A experiência que temos é que, se se mantiver a mesma estrutura de gerenciamento atual, será impossível fazer funcionar um serviço da maneira que se está propondo.

Então, a participação dos usuários deve ser efetivada desde a pequena comunidade, que se situa em torno de um posto de saúde, ao município. Foi colocado o problema da municipalização; então, ficou claro, que nas discussões que o sistema de saúde não deve ser passado simplesmente para as prefeituras, mas que se entenda a municipalização como uma participação de toda a comunidade, de técnicos, de lideranças comunitárias, de organizações sindicais no gerenciamento desse sistema. Só assim será possível que o sistema de saúde atenda àquilo que foi colocado como universalização.

Que a estrutura que está sendo proposta pelas AIS seja incentivada, desenvolvida, e que a participação da comunidade não fique apenas no nível municipal, mas que o gerenciamento em nível regional, estadual e até em nível de CIPLAN também se efetive, porque as reivindicações que estão chegando estão sendo, em muitos lugares, paralisadas, e não se tem como ampliar aquele processo de desenvolvimento da participação comunitária nos pequenos municípios. Então, é importante que a participação comunitária se efetive desde o nível mais simples de comissão municipal até o nível de CIPLAN, que a sociedade civil possa participar com a sua presença.

Outro ponto foi em relação à formação dos profissionais, de levar a formação dos médicos, dos enfermeiros, de todo o pessoal de saúde para os serviços básicos de saúde, principalmente para aqueles onde a comunidade já participa efetivamente do seu gerenciamento. Atualmente, a formação é essencialmente hospitalar.

Em relação ao desenvolvimento, apoio à tecnologia de custo menor e mais eficiente, e apoio à cultura popular.

Passo a palavra, agora, à Dra. Lucíola Rabelo do Município de Maracanaú, no Ceará. É o primeiro município que desenvolveu de maneira organizada um sistema municipal com participação da comunidade.

Dra. Lucíola Rabelo (Diretora do Hospital de Maracanaú – CE) – Nós realizamos uma Pré-Conferência preparatória para este evento, de 26 a 28 de fevereiro, promovida pelo Hospital de Maracanaú e pela Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde.

A grande importância e o que nos levou a fazer tal realização, embora em termos de hospital, é porque o nosso hospital tem trabalhado – e é uma inovação, inclusive praticamente no Estado do Ceará – em estreita correlação e convivência com a comunidade, e também com a Prefeitura Municipal, a Secretaria Municipal de Saúde, a Associação das Empresas do Distrito Industrial, independentemente da cor partidária, no sentido de que há um objetivo muito maior que é o de oferecer atenção à saúde a uma comunidade que é, realmente, bastante carente.

Nesse sentido, conseguimos unir todas essas forças que do ponto de vista partidário não se combinam e, num intenso debate que durou três dias – começava às 8h e ia até às 18h – envolvendo, como pontos principais os três temas centrais da Conferência e os subtemas: Participação Comunitária; Gerenciamento dos Serviços de Saúde; Poder Aquisitivo da Comunidade; A Questão da Igualdade na Oferta dos Atendimentos; A Universalização da Atenção à Saúde; Alocação de Recursos – Setor Público e Setor Privado; Desenvolvimento Social frente à Atenção Direta aos Problemas de Saúde; Saúde, Conceito Específico ou Abrangente; Recursos Gerais para o Desenvolvimento da Saúde como um Todo; Política de Recursos Humanos; Condições de Trabalho e Salários nas Instituições de Saúde; e Política Salarial.

Tivemos 250 participantes entre técnicos da área de saúde e representantes comunitários, 160 pessoas atuando em quatro grupos de trabalho e três conferencistas: tivemos o Dr. Jaime Araújo Oliveira Cruz, que falou sobre Saúde como Direito; a Dra. Fabíola de Aguiar Nunes, que falou sobre a Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, e o Dr. Vitor Gomes Pinto, que falou sobre Financiamento do Sistema.

Também compomos com mesas-redondas com representantes das secretarias municipais, Fundação SESP, o USC-MEC, CIS, representantes do setor privado, Associação Cearense de Hospitais, Associação das Empresas do Distrito Industrial, representantes comunitários e representantes das entidades de classe, além de pessoas do próprio hospital.

Evidentemente que houve um corpo de conclusões mais detalhado, mas aqui a gente está trazendo apenas a conclusão geral:

"Para que haja saúde para todos é preciso rever os direitos sociais como um todo e garantir o direito à saúde formalmente, ou seja, na nova Constituição; criar um Sistema Nacional de Saúde, com comando e financiamento únicos, entendendo os três níveis: federal, estadual e municipal, este último setorializado por número de habitantes, com a participação dos usuários na gerência, no controle e na avaliação do mesmo; priorizar e enfatizar o setor público, tendo este o controle e avaliação do setor privado, que seria complementar com sua ação bem definida.

Além disso, a alocação de percentuais fixos de recursos e investimentos públicos para o desenvolvimento do setor, a nível da Constituinte, definindo claramente o percentual que será retirado da contribuição previdenciária, do empregado e do empregador".

O Sr. REPRESENTANTE DE FORTALEZA – Eu só queria complementar o que o Carlyle falou, de que no Ceará houve quatro Conferências, uma da própria Prefeitura Municipal, que fez quatro seminários de bairros, com a participação de profissio-

nais dos Centros de Saúde e líderes comunitários, e com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde.

O Segundo Congresso de Saúde Pública, que foi preparatório da 8ª Conferência, contou com mil participantes, que discutiram os três temas básicos, mais outros subtemas como a Produção de Alimentos; Saúde e o Direito da Mulher; Saúde e o Direito da Criança; e Medicamentos Imunobiológicos.

E queremos registrar que houve uma infelicidade no Ceará, de que a própria comissão interinstitucional de saúde fez um seminário interno, sem a participação ampla da comunidade, inclusive não dando quase nenhum apoio ao II Congresso de Saúde Pública, preparatório da 8ª Conferência.

Eu queria fazer este registro, porque é uma demonstração de que muita coisa ainda tem que ser avançada para a chamada unificação do sistema.

E, por último, uma das conclusões gerais do II Congresso foi de que se teria que fazer uma luta pela transformação da sociedade como um todo, porque entendemos que saúde não é só simplesmente a ausência de doença, mas está intrinsecamente ligada à habitação, alimentação, transporte, vestimenta e lazer.

DISTRITO FEDERAL

A I Conferência de Saúde do Distrito Federal foi promovida pela Secretaria de Saúde do DF, com a participação de profissionais de saúde, sindicatos, associações civis de moradores, comunidade em geral.

Com a palavra de ordem "Saúde é um direito de todos, não um privilégio de poucos", teve início em Brasília, em outubro de 1985, uma grande mobilização do setor saúde, traduzida por onze conferências preparatórias para a I Conferência de Saúde do Distrito Federal. Mais de 2.500 pessoas de todo o DF participaram ativamente desse ciclo de debates, que abrangeu todas as cidades-satélites de Brasília e o próprio Plano Piloto.

A peculiaridade do sistema de saúde do Distrito Federal, onde o setor público detém 76,5% dos leitos hospitalares, e com uma única rede hospitalar – a Fundação Hospitalar do Distrito Federal – detendo 52% dos leitos de todo o DF, fizeram com que a dinâmica da I Conferência de Saúde do Distrito Federal convergisse muito para os aspectos inerentes ao funcionamento da própria Fundação Hospitalar do Distrito Federal, hoje responsável por mais de 65% do atendimento no setor saúde do Distrito Federal.

Através de onze Conferências Preparatórias, tivemos a preocupação de divulgar a nossa estrutura de saúde, a nova política das Ações Integradas de Saúde, a questão saúde na Região Geoeconômica do Distrito Federal, ampliar o debate da Saúde como um Direito Inerente à Personalidade e à Cidadania.

A partir das Conferências Preparatórias realizadas no período de 17 a 31 de outubro de 1985, estruturou-se a I Conferência de Saúde, com a participação de delegados das conferências preparatórias.

A I Conferência de Saúde do DF foi realizada no período de 2 a 6 de dezembro de 1985, compreendendo debates que abordaram os temas Atenção Primária, a Doutrina da Atenção Primária e o Conceito de Tecnologia Apropriada, Participação Comunitária, Hierarquização do Serviço de Emergência, Referência e Contra-Referência e Racionalização do Uso de Medicamentos. Também tivemos painéis abordando os temas O Sistema de Saúde do DF e A Integração Docente-Assistencial.

A metodologia dos trabalhos compreendeu-se em conferências pela manhã, grupos de trabalho e plenárias à tarde, e painéis à noite.

O relatório final distribuído nesta Conferência tentou represar as propostas e reivindicações apresentadas durante a I Conferência do DF e aprovadas em plenário.

Os trabalhos de grupos reafirmaram a atenção primária como estratégia de mudança do setor saúde e encontraram nas Ações Integradas de Saúde um veículo de suma importância para a viabilização de tal projeto.

Os recursos humanos do setor devem ser o ponto de convergência das atenções, uma vez que a adequação, treinamento e reciclagem dos profissionais de saúde, e as necessidades de cada unidade e/ou região tornam-se prioridade.

A compreensão do conceito de tecnologia apropriada é de suma importância no sentido de não deformá-la, simplesmente, com a conotação de medicina de baixo custo.

A participação comunitária foi um dos temas centrais de todas as fases da I Conferência, e que apresentou propostas objetivas, das quais se ressalta a criação de Conselhos Comunitários de Saúde, livres, autônomos, reconhecidos pelo Estado, mas não tutelados, para atuarem junto às instituições do setor saúde com poder decisório nos processos de planejamento, implantação e acompanhamento das ações de saúde. O primeiro Conselho Comunitário de Saúde já foi criado e já está em funcionamento na regional de saúde da cidade-satélite do Gama.

Postula-se a criação de uma comissão interinstitucional ou a atribuição às AIS de uma atividade que congregue todos os organismos formadores e prestadores de serviços no setor saúde, com a finalidade de promover uma articulação de todos os órgãos afins, para a elaboração de programas, supervisão e fiscalização das atividades a serem desenvolvidas em conjunto.

A hierarquização dos serviços de saúde, com uma correta compreensão do que consistem a atenção primária, secundária e terciária se mostra premente, como condição **sine qua non** para a objetivação viabilizadora do novo Sistema Nacional de Saúde, a ser proposto nesta Conferência.

A garantia e o bom funcionamento do sistema de referência e contra-referência de pacientes demonstra ser a espinha dorsal e o calcanhar de Aquiles do sistema de saúde hierarquizado, constituindo, portanto, um importante ítem do planejamento do sistema.

Foi ponto de autoconsciência da I Conferência de Saúde do DF que, no contexto de uma nova Política Nacional de Saúde, a política de medicamentos seja analisada com muito vigor e que a estatização da indústria farmacêutica brasileira convergirá numa alternativa viável para o encaminhamento desse setor que se entende ser de segurança nacional.

Saúde é um direito de todos e não um privilégio de poucos. Cabe, portanto, ao Estado, a garantia desse direito.

ESPÍRITO SANTO

A Conferência foi realizada nos dias 27 e 28 de fevereiro e 1º de março, e teve uma participação importante da comunidade e profissionais de saúde. Não teve uma participação sindical desejável, mas foi considerado o encontro mais importante de relação sociedade e instituições de saúde.

Bastante objetivamente:

1) A saúde deve ser entendida como uma expressão coletiva das condições objetivas de existência que viva uma população, estando diretamente relacionada com as condições de moradia, salário, trabalho, educação, lazer, saneamento, alimentação etc.

2) A nova Constituição brasileira deve reconhecer a saúde como um direito fundamental de todos, cabendo ao Estado a responsabilidade de assegurar as condições básicas de vida inerentes ao gozo desse direito e de oferecer assistência de saúde igualitária e isenta de qualquer tipo de discriminação.

3) O reconhecimento desse direito só será plenamente assegurado no momento em que a população brasileira envolver-se ativamente, participando como sujeito dos

movimentos de defesa dos direitos básicos do ser humano, especialmente a saúde, liberdade, educação, trabalho, lazer e alimentação.

4) A Pré- Conferência Estadual de Saúde entende como de fundamental importância o desenvolvimento de uma profunda mudança na estrutura do atual Sistema Nacional de Saúde, no sentido de criação de um novo sistema, cuja gestão seja de fato democrática, aberta à participação de representantes profissionais de saúde e da comunidade, em condições de propiciar a todos os brasileiros assistência de saúde integral e de boa qualidade, com integração institucional entre os vários órgãos e os vários níveis de atenção e prioridade para os serviços públicos em relação à área privada.

5) Uma política de recursos humanos que leve em consideração a formação, recrutamento e seleção e o aperfeiçoamento da pessoa, adequando as necessidades dos programas. Muito realçada a necessidade da equipe multiprofissional no trabalho de saúde.

6) O novo sistema deve ser estruturado em moldes efetivamente democráticos, possibilitando ampla participação da comunidade em todas as instâncias, desde a execução orçamentária, programação e planejamento, de forma a permitir o recrutamento de agentes de saúde a nível local, sem prejudicar a independência e autonomia das organizações populares.

Por último, a definição urgente de novos mecanismos de financiamento do setor, de contribuição previdenciária que não penalizem as classes trabalhadoras. Como sugestão, a questão de uma reforma que penalize mais o faturamento, o lucro e categorias de renda mais alta, e a fixação, por lei, de um percentual orçamentário da União, estados e municípios. Não foi definido que percentual, mas que seja definido um percentual mínimo para esse gasto.

Goiás

O estado de Goiás, para se fazer representado na 8ª. Conferência, convocou a I Conferência Estadual de Saúde. A convocação foi feita pela CIS, e teve a participação de toda a sociedade do Estado, mais ou menos organizada nos moldes da 8ª. Conferência, com representantes de sindicatos, entidades de classes, instituições e municípios.

Essa I Conferência teve a participação de 700 delegados, e anteriormente a ela houve debates em todas as instituições, algumas conferências municipais, e reuniões ou conferências regionais. Em função do tempo, proponho fazer um resumo do relatório final.

1. Em relação à **Saúde como Direito**:

- A saúde é um direito inerente à pessoa e um bem público; como tal, um dever do Estado. E, para atender a esse direito, são necessárias mudanças estruturais para a real garantia do acesso ao atendimento à saúde como um todo.
- A realização de uma Assembléia Nacional Constituinte exclusiva, que seja realmente livre e soberana, é a forma de dar os primeiros passos na caminhada rumo à sociedade que almejamos, uma sociedade que garanta também aos trabalhadores, produtores da riqueza nacional, o acesso aos bens produzidos pelo avanço da ciência e das técnicas.
- Esse ordenamento jurídico-institucional, entretanto, não pode estar isolado de outros fatores que em seu conjunto garantam uma vida digna, incluindo-se, aí, especificamente, a democratização do acesso ao atendimento na área de saúde. Entre esses fatores, citam-se: a soberania nacional com a suspensão da dívida externa; o direito a terra, mediante reforma agrária sob o controle dos trabalhadores; trabalho, moradia, alimentação, educação, transporte, lazer, qualidade do meio ambiente e outros.

- Impõe-se assegurar a participação popular na elaboração, aplicação e fiscalização da Política Nacional de Saúde, de forma a garantir o atendimento às reais necessidades da população. O reordenamento da atual forma de organização sanitária brasileira deve ser realizado tendo como referencial as mudanças políticas e econômicas exigidas pela Nação.

2. Em relação à **Reformulação do Setor Saúde:**

- Uma política de recursos humanos, que garanta um salário digno ao profissional de saúde; isonomia salarial; direito de greve; plano de carreira ; concursos públicos com fiscalização pelas entidades representativas das diversas categorias profissionais; tempo integral e dedicação exclusiva por opção; aposentadoria aos 25 anos de serviço a todos os profissionais de saúde, com o salário integral; concessão de adicional de insalubridade, calculado sobre o salário profissional, garantindo mais integridade e incentivando a interiorização dos profissionais; educação continuada através de permanentes reciclagens, garantindo a todos oportunidades iguais de qualificação no País e exterior.

3. Em relação à **Formação de Profissionais:**

- Reformulação do sistema de ensino, que é, atualmente, historicamente elitista, alheio às maiores necessidades da população, filiado ideologicamente a uma suposta neutralidade científica, alienando o estudante das questões políticas e sociais, formando profissionais distantes da própria realidade.
- Criar escolas de nível médio, objetivando a formação de pessoal técnico auxiliar para as diversas áreas de atividade do setor saúde.
- Democratização nos órgãos públicos federais, estaduais e municipais, com a participação dos servidores na escolha de seus dirigentes, através de eleições diretas, coordenadas por entidades de classe que congregam os servidores e, de forma paritária, os segmentos organizados da população.
- Estatização da indústria farmacêutica, impedindo a participação do capital estrangeiro, padronizando os medicamentos básicos e incentivando a pesquisa e a medicina alternativa.
- Adoção de uma política nacional de medicamentos, sangue e hemoderivados e imunobiológicos, assim como a suspensão de cobrança de sobretaxas que incidem sobre os materiais e equipamentos básicos, tidos como ”supérfluos”.
- Redução de excessivo número de fórmulas existentes no mercado, por uma relação mínima necessária.
- A gradual independência da indústria farmacêutica nacional, com incentivo ao desenvolvimento de uma linha de pesquisa voltada para a realidade brasileira.
- Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, em consonância com os princípios de universalização; eqüidade e descentralização, com a implantação do sistema único de saúde, dotado de características básicas, incluindo todas as instituições públicas e privadas, através da estatização gradativa da rede hospitalar e ambulatorial, responsável pelo atendimento da população, definindo as instituições privadas temporariamente, as funções complementares do sistema, substituindo a atual política de compra de serviços pela concessão de serviços.
- Incluir os filantrópicos nas Ações Integradas com o mesmo relacionamento dos públicos.
- Passar as ações de assistência ao trabalhador do Ministério do Trabalho para o Ministério da Saúde. Que a coordenação do sistema fique a cargo do Ministério da Saúde, incluindo o INAMPS nesse Ministério para integrar as medidas curativas e preventivas.
- Regionalização e municipalização das atividades de saúde com participação da comunidade para a gerência e controle do sistema.

4. Em relação ao **Financiamento do Setor**:

- Aumento de verbas para a área de saúde, 13%, no mínimo, dos orçamentos da União, dos estados e municípios; 25%, no mínimo, do orçamento, para assistência médico-odontológica.
- Criar um Fundo Nacional de Saúde com recursos do FINSOCIAL, FAS, Loteria Esportiva, Loteria Federal ou Estadual, LOTO etc., com similares a nível estadual e municipal, além de partes dos juros que seriam pagos na rolagem da dívida externa, que deve ser suspensa.
- Que os financiamentos do BID, do Banco Mundial e da OPAS e demais fontes de financiamento externo sejam distribuídos para os municípios de baixa renda.
- Sobretaxa revertida para a saúde, para as empresas cujos produtos sejam potencialmente prejudiciais à saúde; cigarro, álcool, agrotóxicos, produtos poluentes, empresas poluentes.
- Institucionalizar a reforma tributária e autonomia dos estados e municípios, com a definição clara das responsabilidades da União, estados e municípios.
- Que os tributos das empresas sejam taxados em cima de capital e não de salário.
- Retirar a taxação dos salários dos trabalhadores para a previdência.

MARANHÃO

A Comissão Organizadora da Conferência Estadual foi composta pela CIS, Secretaria de Saúde INAMPS, Delegacia Federal de Saúde, Universidade do Maranhão, Conselho Regional de Medicina, Sindicato dos Médicos do Maranhão, MOPS, AST, Fundação SESP e SUCAM.

A fim de participar da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o estado do Maranhão realizou sua Conferência Estadual. Dela participou a maioria das instituições de saúde, os representantes de sindicatos, associações, grupos de jovens, conselhos regionais e comunitários e agentes de saúde de mais de 40 municípios do estado.

Isso significa que, ao nível de representação, o que se trouxe como proposta representa o pensamento da nossa sociedade. **Por mais significativas ou elementares que sejam as idéias elaboradas e trazidas a esta** Conferência, elas representam o pensamento e o sacrifício de trabalhadores de todas as categorias do nosso estado.

A população do Maranhão entende que a saúde é um dever de justiça, é um bem fundamental do homem, que pressupõe a boa moradia, a boa escola, o trabalho justo; é um bem universal que todos devem assumir e estamos conscientes de que a sua conquista passa pela organização comunitária e pelas mudanças das estruturas políticas do País. È uma questão democrática, é uma questão de liberdade e de independência e, por isso, o País, para ofertar saúde à sua população, tem que sair da dependência econômica e romper definitivamente com o Fundo Monetário Internacional, o que é uma questão de soberania nacional.

O povo maranhense pode até não saber indicar os verdadeiros caminhos para obter boa saúde mas sabe apontar todas as causas que infelicitam a sua população, com a falta de escolas, a fome de serviços de saúde, a desconfiança de seus governantes, a fome de água e de alimentos. Sabe, também expressar a humilhação por que passa a sua população, envolta numa situação social injusta; e sabe bem o fosso que separa os que têm daqueles que nada têm; reconhece que somente a organização popular é capaz de conquistar os caminhos para vencer os seus males. É tal sua convicção nessa crença que destaca que **todo poder que emana do povo com ele deva ser exercido.**

Quanto á proposta **Saúde como Direito e como Dever do Estado**, que se assegure na Constituição o direito à saúde para todos, como primeira ação política do Governo; reclama uma política econômica justa que garanta a igualdade social; porpõe

formar conselhos de saúde a nível local, municipal, estadual e federal.

As discussões todas levaram a pedir a reformulação do Código de Ética Médica, com a participação da sociedade. Exige uma política de assistência médica que evite a mercantilização da medicina, como única maneira de garantir e permitir igualdade de assistência médico-sanitário para os trabalhadores rurais e urbanos.

Como corolário disto, exclusão dos grupos internacionais da prestação de serviços de saúde. Isso reforça a idéia de que o Estado mantém, a hegemonia do setor saúde, e que a ele deve estar subordinado o setor privado. Propõe modificar o sistema previdenciário, para que os benefícios da previdência rural se equiparem e se garanta a todos os trabalhadores rurais – e não só ao chefe de família – o dever previdenciário.

Quanto à **Reorganização do Setor Saúde** acha que só se reorganizará o setor se unificar o sistema de saúde. Deve-se preservar as Ações Integradas de Saúde como estratégia fundamental para isso.

Conclama que é imprescindível uma política de salário digna, justa e compatível com a função profissional. Que se desenvolva uma pesquisa para criar uma indústria nacional de medicamentos e equipamentos médicos, priorizando a autonomia do País nesse setor.

É tal a problemática de saúde que se reclama que seja regulamentada por lei a lotação dos profissionais de saúde por município, e seja dada ênfase à medicina preventiva. Na saúde da mulher, que se dê especial atenção ao câncer ginecológico.

O Maranhão fecha com todos os estados, e que se defina um percentual no orçamento da União, no estado e do município para o setor saúde, e acha que o foro para quantificar esse percentual é a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

MATO GROSSO

Mato Grosso realizou a I Conferência Estadual de Saúde, de 29 de janeiro a 1º de fevereiro, na capital Cuiabá.

É reivindicação dos participantes, vindos de todos os quadrantes daquele imenso estado, que este evento torne-se periódico, e sugere que ele aconteça de dois em dois anos. Também reivindicam que a CIS de Mato Grosso organize, com a ativa participação de todos os segmentos profissionais e sociais do estado, eventos de outra natureza durante todo o ano de 1986, visando à ampla conscientização dos profissionais e população do estado rumo à Constituinte próxima.

Nos quatro dias da primeira Conferência, nas palestras, debates e discussão em grupos, os temas centrais abordados foram: Saúde como Direito à Cidadania, Estruturação do Sistema Estadual de Saúde e Financiamento do Setor Saúde.

Temas especiais como a Política Nacional de Medicamentos, Recursos Humanos para a Saúde, Práticas Alternativas de Saúde e Vigilância Epidemiológica também foram abordados através de exposições, seguidas de debates. A CIS de Mato Grosso comprometeu-se a editar os Anais da I Conferência Estadual, com todos os relatórios dos grupos, falas gravadas dos convidados e participantes.

Os primeiros pontos do relatório-sintese nos informam que a medicina hospitalar, também em nosso estado, é predominantemente privada, curativa, cara, de cuidados individuais e não coletivos, consumidora de medicamentos e equipamentos, preservadora da prática médica dominante e desintegradora da condição humana nos seus aspectos simultaneamente biológico, social e psicológico. É uma prática voltada à manutenção do poder de grupos capitalistas, consubstanciada pela preservação do poder médico, que normatiza e exerce controle sobre o estado de saúde e doença da população, que desintegra os

trabalhos em equipe nas áreas de saúde, com grande grau de insatisfação às outras categorias profissionais e que ocupa invariavelmente o vértice da pirâmide na administração das instituições de saúde.

E, ao se falar em Mato Grosso,deve-se levar em consideração alguns de seus aspectos peculiares. Ocorreu em Mato Grosso um crescimento explosivo das fronteiras agrícolas, fruto de uma política de avanço do capital, delineada nas últimas décadas, e que trouxe em seu bojo uma evasão das áreas de conflito do País, com escoamento para as Regiões Norte e Centro-Oeste, reforçando o projeto de estabilização do sistema. Porém, nota-se, gradualmente, um certo acirramento das contradições sociais e econômicas, seja por uma consolidação da identidade do estado, seja por um avanço da organização e conscientização popular e por um escasseamento das fronteiras agrícolas, o que tornam visíveis às falhas e incoerências dos atuais projetos e estruturas institucionais que, inegavelmente, não foram construídos pela, com e para a população trabalhadora, imensa maioria do País e daquele estado.

Ficou caracterizadas, ao longo dos trabalhos, a baixa eficácia e eficiência do sistema de saúde no estado de Mato Grosso, e a falta de credibilidade, principalmente nos aspectos assistenciais que as populações conferem a esses serviços.

Também ficou claro para os participantes as principais dificuldades de implantação das AIS em Mato Grosso devido, primeiro, à desarticulação profunda intra e interinstitucional, à centralização dos recursos humanos e financeiros e à verticalidade de suas ações eminentemente de cúpula, entre outras.

Persiste em Mato Grosso uma política ultrapassada e reacionária quanto a recursos humanos, salários e falta de acesso às carreiras profissionais na área de saúde. E surgiram as seguintes propostas:

1) A criação de um sistema estadual unificado de saúde, que seja descentralizado, integrado, regionalizado, hierarquizado, com cobertura universal, com participação e controle comunitário e financiado pelo Estado.

2) Colocou-se que a implantação desse sistema de saúde deve se iniciar do município periférico para os centrais, garantido o direito de assistência à população que atualmente recebe menor cobertura, e que esses municípios sejam dotados de infra-estrutura mínima para atenção primária, secundária e, se possível, terciária; enfatizou-se que a participação comunitária é imprescindível em todos os níveis da organização dos serviços de saúde, tanto no planejamento quanto na execução e acompanhamento das ações.

3) Que o financiamento do setor saúde passe obrigatoriamente por uma ampla reforma tributária, com um sistema único de captação de recursos, em que se taxe predominantemente o capital e menos a classe trabalhadora.

4) Que se faz necessária, também, uma isonomia salarial entre todos os profissionais da área, e a implantação de um plano único de cargos e salários, que propicie estímulo à carreira profissional. É fundamental a realização de concurso público para a formação de quadros de pessoal do setor saúde em Mato Grosso.

MINAS GERAIS

A Conferência Estadual de Minas Gerais foi promovida pela Comissão Interinstitucional de Saúde, como preparação à 8ª Conferência e deu-se através da participação de diversos segmentos sociais em Pré-Conferências Municipais e Regionais de Saúde, que convergiram para a Conferência Estadual, consolidando um processo em discussão desencadeado em todo o estado a partir de outubro de 1985.

As propostas contidas nesse documento representam a síntese das discussões dos 20 grupos de trabalho, com 711 participantes da Conferência Estadual de Saúde. É

consenso dos grupos que os pontos fundamentais deste encontro sejam inseridos na nova Constituição, buscando-se mecanismos que viabilizem a sua operacionalização.

1. **Saúde como Direito Inerente á Cidadania e á Personalidade**.

A saúde é um direito do indivíduo e é um dever do Estado propiciá-la em todos os seus níveis. O conceito de saúde é entendido aqui num sentido amplo, como condição geral de vida.

Principais propostas:

- Que o direito à saúde integre e ao mesmo tempo interdependa dos direitos sociais básicos do indivíduo. Portanto, a todo indivíduo deverá se resguardar o direito à alimentação, habitação, saneamento básico, educação, pleno emprego, salário justo, lazer, condições de salubridade do meio ambiente, incluindo o ambiente de trabalho, assistência integral á saúde, com maior ênfase á prevenção.
- Que o direito à saúde seja estendido a todos os cidadãos, independentemente de sua condição sócio-econômica e cultural e de sua contribuição direta através de mecanismos previdenciários, garantindo a universalização de cobertura e a qualidade dos serviços prestados à população.
- Que haja efetiva participação dos segmentos representativos da comunidade, associações comunitárias e sindicatos de trabalhadores nas instâncias de decisão a nível municipal, estadual e federal do sistema de saúde.
- Que sejam utilizados os canais competentes no processo de divulgação previa das ações de saúde a serem implantadas na comunidade.
- Que se efetivem no País as reformas básicas necessárias, com ênfase na **reforma agrária**, visando melhorar o atendimento das necessidades nutricionais da população em geral e em especial as condições de vida do trabalho rural.

2. **Reformulação do Sistema**

O atual sistema de saúde é insatisfatório, precário e não atende ás necessidades de saúde da população; além disso, privilegia os setores de maior poder aquisitivo, onerando sobremaneira os contribuintes da previdência social e a população mais carente. Assim sendo, torna-se necessária a sua reformulação, levando-se em consideração alguns aspectos essenciais.

Principais propostas:

- Criação de um sistema unificado de saúde. As Ações Integradas de Saúde representam um primeiro passo rumo à democratização do sistema de saúde, configurando-se como uma estratégia de transição que deverá culminar no sistema unificado. Mas, para uma real democratização, os profissionais e usuários do sistema devem participar das decisões.
- Unificação dos Ministérios da área de saúde, e integração com outros Ministérios, principalmente do Trabalho, da Educação e do interior, na busca de medidas que satisfaçam as necessidades essenciais da população.
- Redefinição de papéis e de competência dos órgãos e instituições envolvidos no sistema nacional de saúde, a nível central, regional e local.
- Redimensionamento do papel do setor privado, como complementar ao setor público, e que as ações do primeiro sejam coordenadas pelo segundo.
- Fortalecimento e melhoria dos serviços de setor público em todos os níveis de atendimento à população; municipalização das ações de saúde, com ampla participação da comunidade nas várias instâncias.

3. Financiamento do Setor Saúde:

Principais propostas:

- Implantação de uma forma progressiva de tributação, visando captar mais recursos sobre os ganhos de capital e renda de pessoa física, em vez de retirá-los dos impostos indiretos.
- Definição de um percentual fixo de recursos, a nível federal, estadual e munici-

pal, que venha a garantir a eqüidade e universalização dos serviços de saúde. Reforma tributária fiscal no sentido de reforçar os poderes estadual e municipal e garantir uma política de financiamento progressivo no setor saúde.

- Aumento do percentual do Produto Interno Bruto para o setor saúde.
- Modificação da estrutura de financiamento da previdência social, visando à tributação sobre o lucro das empresas e não sobre o número de empregados.
- Aumento da participação do Ministério da saúde no orçamento da União.
- Renegociação dos serviços da dívida externa, visando à captação de recursos e aplicação desses recursos no setor saúde.

PARÁ

A Comissão Internacional de saúde do Estado do Pará promoveu no período de 28 de fevereiro a 2 de março, a I Conferência Estadual de Saúde, com patrocínio do Governo do Estado do Pará, reunindo segmentos da sociedade paraense, no sentido de obter propostas para submeter á 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A I Conferência Estadual de Saúde foi embasada nos temas oficiais desta Conferência. Com esse enfoque, foram discutidos subtemas específicos como: Saúde e Constituinte, Saúde e trabalho, Saúde e Mulher, Saúde e Política de Medicamentos, Saúde e Meio Ambiente, Ciência e Tecnologia, Ciência Popular e Recursos humanos na Área de Saúde.

As propostas advindas dos debates desses subtemas foram agrupadas nos três temas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, consubstanciada no documento básico entregue à Comissão Organizadora desta Conferência. Cabe-nos, no momento, apresentar, considerando-se a exigüidade de tempo disponível, uma síntese das propostas ali aprovadas.

1. Saúde como Direito Inerente à Cidadania e á Personalidade

- As ações de saúde serão asseguradas a todos os cidadãos, independentemente de credo, ideologia, classe social, cor e etnia.
- Participação de todos os segmentos da sociedade junto aos órgãos que atuam na área ambiental, no sentido de informar e estimular a integração da comunidade nos problemas relacionados à proteção e preservação do meio ambiente natural.
- Criação, no Código Penal, de um capítulo específico sobre crimes contra a saúde popular, que incluam a questão de propaganda e informação técnica, bulas etc.
- Reformulação da legislação de vigilância sanitária, introduzindo artigo que confira maior respaldo à ação fiscalizadora pelo Ministério Público.
- A produção do conhecimento deve ser orientada para a realidade social em que atua, recomendando-se, ainda, que a comunidade cientifica deve ter uma relação de respeito com o saber popular, procurando definir metodologias para a sua comprovação cientifica, com retorno para a população, impedindo a repetição da expropriação do saber, de vez que o patrimônio cultural comum é que forma uma nação.
- O planejamento familiar deve ser opcional, garantindo o Estado à informação sobre todos os métodos contraceptivos, inclusive os naturais e os masculinos.

2. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde.

- Criação de um novo Sistema Nacional de Saúde e não uma mera reformulação do existente, que tenha como estratégia à estatização do setor a partir do controle, pelo Estado, dos serviços de saúde, inclusive daqueles privados contratados para apresentar atendimento onde o setor público não possa ainda atuar.
- Unificação do sistema com comando único em cada esfera de governo e sua des-

centralização máxima, adotando como unidade básica de planejamento a unidade municipal.

- Implantação de uma política de pessoal clara, explícita e unificada, que contemple a isonomia salarial a partir do salário mais alto, e a contratação de profissionais pela sua capacidade e competência através de concurso público.
- Humanização da medicina do trabalho, integrando-a ao contexto da política geral de saúde.
- Apoio aos vários laboratórios regionais que manipulem produtos com base na flora e outros recursos medicinais das regiões, desde que seja verificada a sua capacidade gerencial.

3. Financiamento do Setor Saúde

- Distribuição adequada dos recursos financeiros nos níveis federal, estadual e municipal; necessidade de maior inversão no setor em termos da porcentagem da participação no PIB.
- Desvinculação das fontes de financiamento entre os sistemas de saúde e previdência.
- Criação de um Fundo Nacional de Saúde, formado por recursos captados de fontes fiscais regulares, mas debaixo de poder regressivo, devendo incidir sobre o capital e não sobre o trabalho.

PARAÍBA

A Pré-Conferência da Paraíba realizou-se no período de 5 a 7 de março, e contou com a presença de 45 entidades de classes, somando um total de 285 participantes.

As propostas sobre os temas básicos desta Conferência são as seguintes:

1. Saúde como Direito Inerente à Cidadania e à Personalidade

- Toda a população deve ter assegurado o direito à saúde; o direito à saúde está intrinsecamente ligado aos outros direitos da população, tais como o direito à educação, o direito à liberdade, direito às condições de vida condignas, salário, terra, habitação etc. O Estado tem obrigação de garantir uma política econômica que viabilize, realmente, a prática dos direitos da população.
- O Estado tem o dever de garantir a saúde da população, não podendo, em hipótese alguma, delegar esse dever a setores privados.
- É dever do Estado adotar uma política econômica que assegure à população o acesso aos bens e serviços necessários à saúde integral.
- A população deve ter garantido o acesso ás informações gerais referentes á sua saúde.
- A população deve estar informada dos riscos da sua saúde, proporcionados pelas condições de habitação, transporte, trabalho, lazer e ambiente.
- É dever do Estado prover os meios necessários para a eliminação do conjunto de condições que venham a se constituir em risco à saúde.
- A população deve ter o direito de participar da prevenção e solução dos problemas de saúde. O direito de participação da população na gerência da política de saúde inclui tanto o direito de ser informado dos recursos financeiros e sua utilização quanto o direito de fiscalizar e corrigir possíveis abusos.

2. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde

- O Sistema de saúde deve ser unificado, extensivo a toda a população, obedecendo aos princípios de regionalização e hierarquização. Deve ser reorganizado em caráter de urgência o atendimento integral á saúde do trabalhador rural.
- Consideram-se as Ações Integradas de saúde como estratégia para a implantação do sistema unificado de saúde, desde

que se garanta a efetiva participação de todos os segmentos da sociedade.

- A implantação das AIS deve ser efetivada em todos os municípios, com assessoria para a organização de comissões locais e conseqüente elaboração dos planos municipais integrados.
- Que as ações de saúde passem a ser implementados de uma forma integral, visando á superação do paralelismo de ações e da dicotomia entre as dimensões preventivas e curativas.
- Que essa dimensão integral contemple os aspectos nutricionais da população.
- Que as CIS, CLIS e CRIS – ou outro tipo de comissões ou estruturas que venham a dirigir as ações de saúde – cumpram efetivamente as suas funções de planejamento, execução e fiscalização da política de saúde.
- Que seja garantida nas comissões compreendidas no parágrafo anterior a representação paritária entre instituições do Estado e os beneficiários, os quais serão representados pelas agremiações sindicais dos trabalhadores e pelas associações populares, estas a nível central, regional e local.
- Efetivação de uma política de recursos humanos, contemplando planos de cargos e salários, com envolvimento de todas as instâncias implicadas, tais sejam, o Ministério da Educação, o Ministério do Trabalho, o Ministério da Administração e outros.
- Que seja também efetivada a isonomia salarial em todos os níveis (federal, estadual e municipal) para todas as categorias da área de saúde, dentro da perspectiva de integração que o plano de saúde implica.
- Piso salarial condizente com a formação profissional e a responsabilidade que a função implica.
- Que os contratos se façam por concurso público em todos os níveis, cumprindo-se os critérios de qualidade e necessidade de serviço.
- Criação de comissão interinstitucional para elaborar diagnósticos de recursos humanos, detectando necessidade de reciclagem e alocação, com vistas à formulação de uma política de recursos humanos para o estado que integra o setor formador desses recursos ao setor de serviços.
- Adequação às necessidades da população, dos currículos universitários da saúde.

3. Financiamento do Setor Saúde:

- Destinação de 20% dos orçamentos nacional, estadual e municipal para a área de saúde, tendo como pressuposto a realização de um reforma tributaria justa, que repasse aos estados e municípios as finanças suficientes para gerir seus próprios projetos.
- Uniformidade e estabilidade das fontes de recursos para o setor saúde, com garantia de transparência dessas fontes e da aplicação desses recursos.
- Destinação de recursos orçamentários exclusivamente ao setor público, não excluindo o sistema de convênios, entendidos exclusivamente como compra de serviços com o setor privado, nos casos em que realmente a rede pública não possua os seus serviços e que estes sejam indispensáveis à consecução da política de saúde. Mesmo nesses casos os convênios deverão ser ocasionais e condicionados:

a) procura gradativa de auto-suficiência do setor público de saúde;

b) manutenção e aplicação da política de saúde definida para as instituições governamentais como participação popular, e a partir das reais necessidades de saúde da população.

- Aplicar a arrecadação tributaria da Previdência Social sobre os lucros da empresa, e não sobre a folha de pagamento, para evitar repasses aos preços finais dos produtos.
- Desenvolver política de financiamento para pesquisa, estimulando investigação acerca da saúde da população.

Foi aprovada, por aclamação, pelos par-

ticipantes da I Conferência Estadual de Saúde, a proposta de um encontro para avaliação de um funcionamento das Ações Integradas de Saúde do Estado da Paraíba, como forma de continuidade e ampliação da discussão das questões de saúde.

Como meio para operacionalizar essa proposta, ficou definida para o mês de maio a realização desse evento, que contará com a coordenação da Delegacia Federal de Saúde e demais órgãos componentes da CIS.

Esse encontro ocorrerá a partir de um esforço conjunto das diversas instituições da saúde, representações da comunidade e com a participação efetiva de representantes do setor saúde de todos os municípios do estado.

PARANÁ

A Pré-conferência do Paraná foi promovida pela Secretaria de Saúde, pela Superintendência Regional do INAMPS, pela Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa e pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Ela foi antecedida de cinco reuniões preparatórias. O estado do Paraná, para nós, para efeito administrativo, é dividido em cinco macrorregiões, e nós fizemos uma reunião em cada uma delas.

O objetivo dessas reuniões era a discussão de programação e orçamentação integrada. Entretanto, ela serviu também como reunião preparatória para as Pré-Conferências de Saúde.

Participaram da Pré-Conferência que se realizou em um só dia, 48 instituições e entidades, das quais 17 prefeituras municipais. As demais instituições e entidades que participaram são entidades associativas como associação médica, associação de enfermagem, centros acadêmicos etc.

Com relação ao primeiro tema, **Saúde como Direito da Cidadania e Dever do Estado**, conclui-se que a saúde é um direito do ser humano e dever do Estado. Foi feita uma discussão a respeito do uso da palavra **cidadania** e se achou que seria mais adequados a saúde ser um direito do ser humano, e que compete ao Estado oferecer e assegurar serviços de saúde a toda a população, em condições de igualdade e universalidade.

Com relação à **Reformulação do Sistema de Saúde**, resumidamente, recomenda-se como estratégia a consolidação das AIS; a municipalização; a regionalização; a integração interinstitucional; a articulação intersetorial; a participação da população desde a formulação das políticas de governo até o acompanhamento dessas políticas; a equalização da política de pessoal, caminhando para a isonomia salarial. A relação entre o setor público e privado deve ser mormatizada, com controle do Estado sobre o setor privado, sendo este concessionário do setor público; **elaboração imediata e aplicação de um Plano Nacional de Assistência Farmacêutica; elaboração imediata e implementação de um Plano Nacional de Reequipamento e de Insumos à Rede Pública**.

Estes os principais pontos levantados no que diz respeito à Reformulação do Sistema.

Quanto ao **Financiamento do Setor**: formação de um fundo único; que o financiamento deverá contemplar 12% do orçamento da União; que ele deve incidir principalmente sobre os ganhos de capital e incidir pouco ou menos sobre os ganhos de salário, recomendando-se o crescimento progressivo dos orçamentos estaduais e municipais de saúde.

PERNAMBUCO

A Pré-Conferência realizada em Pernambuco, que nós denominamos 1º. Encontro Estadual de Saúde de Pernambuco, foi organizada pela Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa; Superintendência Regional do INAMPS; Diretoria Regional da Fundação SESP; Secretaria de Saúde do Estado, Secretaria de Saúde do Município

de Olinda; Secretaria de Saúde do Município de Recife; Delegacia Federal de Saúde; SUCAM e as seguintes entidades da área de saúde: Associação Pernambucana de Profissionais de Saúde Pública; Sindicato dos Médicos; Sindicato dos Farmacêuticos; Grupo Recifense de Defesa do Consumidor de Medicamentos; Conselho Regional de Medicina: Sociedade de Medicina de Pernambuco; Conselho Regional de Farmácia; ABRASCO e o Nucléo de Estudos de Saúde Comunitária da Universidade Federal de Pernambuco.

Contou com 568 participantes, vinculados a 113 instituições e entidades, públicas e privadas, de nível federal, estadual e municipal, sindicatos, conselhos e associações de profissionais, associações comunitárias, entidades populares e democráticas.

Vale registrar que falhas da montagem da nossa Pré-Conferência, na forma como ela foi concebida, contribuíram para que a participação de entidades populares, do tipo associações e conselhos de moradores, não tenha sido a que seria possível se a Pré-Conferência houvesse sido organizada de maneira a facilitar essa participação; contudo, teve a participação de 38 conselhos e associações de moradores.

Em relação ao conteúdo das discussões, que se deram através de cinco mesas de debates e trabalhos de grupos, além de reuniões plenárias, e que aqui tenho sintetizadas em seis pontos, também contemplaram problemas considerados pelo Encontro Estadual de Saúde de Pernambuco como motivo e objeto de questionamentos, críticas ou dúvidas em relação à organização e à montagem desta 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Eu me permito, agora, ler os seis pontos que sintetizam as conclusões gerais do Encontro e, em seguida, ainda dentro de cinco minutos, adiantarei a tradução desses questionamentos em três propostas que os delegados e participantes de Pernambuco encaminham à Mesa, e esperam que haja espaço para discussão no Plenário.

A síntese das discussões se resume nos seguintes pontos, e aqui uma ressalva: ao contrário da maioria dos relatos feito até agora, que se prenderam a cada um dos pontos da Conferência, esses seis pontos as englobam no seu todo, de maneira articulada.

1) Saúde é um direito de todos e um dever do Estado. A Saúde deve ser compreendida em toda a sua abrangência, incluindo trabalho, alimentação, habitação, saneamento, educação, salário digno, acesso à cultura e ao lazer.

Esse princípio deverá constar, obrigatoriamente, da nova Constituição.

A promoção da saúde do povo brasileiro exige a transformação de estruturas sociais injustas. Impossível eliminar a fome sem uma verdadeira reforma agrária no País.

2) O atual Sistema Nacional de Saúde não atende às necessidades do povo; impõe-se sua imediata reestruturação. Essa reestruturação deverá ser feita baseada em princípios tais como: democratização das instituições; universalização; equalização; descentralização; regionalização; municipalização e hierarquização de serviços, através de um sistema nacional único. Não será possível democratizar o setor saúde sem que haja uma efetiva democratização da sociedade brasileira.

3) Na nova Constituição, as ações de saúde realizadas pela iniciativa privada, financiadas pelo Estado, deverão ser tratadas como concessão, mediante contrato público, cujas cláusulas assegurem a qualidade do atendimento e a impossibilidade de interrupção da prestação de serviços.

4) A verdadeira gestão democrática implica necessariamente na ausculta da população e na adoção de mecanismos que efetivem a real participação do povo em todas as fases do planejamento das ações de saúde. Essa participação, para ter legitimidade, se dará através das organizações populares.

5) A atual política de medicamentos não está orientada para as necessidades do

povo e é lesiva à soberania nacional. A CEME deverá ser redirecionada para a pesquisa, produção e distribuição de medicamentos, de acordo com as necessidades da população, absorvendo inclusive a medicina popular e práticas alternativas.

A nova Constituição deverá conter dispositivos que favoreçam a nacionalização da indústria farmacêutica e que impeçam a propaganda nociva de medicamentos, através dos meios de comunicação, assim como o emprego indiscriminado de agrotóxicos.

6) São insuficientes os recursos destinados à saúde no orçamento da União, e a aplicação desses recursos se dá conforme prioridades que não correspondem às necessidades do povo. A nova Constituição deverá fixar um percentual de pelo menos 15% à saúde, a adotar mecanismo que reduza ou elimine a contribuição, para a previdência, dos aposentados e dos assalariados que ganhem até dois salários-mínimos. Não se deve transferir para os trabalhadores o ônus da previdência; ao contrário, se deve taxar os lucros das grandes empresas.

É necessário, por fim, uma reforma tributária que corrija as injustiças e as disparidades regionais, e assegure recursos para o setor saúde.

Concluindo, ainda, porque o tempo esgotou, é preciso registrar que várias moções foram aprovadas, destacadamente uma moção pela suspensão do pagamento da dívida externa e uma outra moção pela aplicação do Plano Nacional de Reforma Agrária.

Os delegados e participantes de Pernambuco aqui reunidos antes desta sessão, traduzem a sua inquietação, a sua crítica em relação à forma como foi montada e está sendo organizada a Conferência, em que pese e se reconheçam avanços significativos em relação às conferências anteriores, que questionam a amplitude da democracia que se pratica na escolha dos delegados e na montagem da Conferência. E traduzem em três propostas, que encaminham à Mesa, e solicitam que se encontre espaço para a discussão em Plenário.

Primeira proposta: que a Comissão Organizadora da 8ª Conferência abra espaços para quatro delegados representantes de 42 Associações e Conselhos de Moradores, que para aqui se dirigiram em delegação.

Segunda: que na formação dos grupos de discussão, a partir de amanhã, se incluam nos grupos delegados e participantes, e não se separem delegados dos participantes.

E terceira proposta: que o tempo destinado aos trabalhos, na sexta-feita, seja integralmente reservado às discussões em plenário.

PIAUÍ

Nós, do Piauí, entendemos que a vida e a saúde são bens irrecusáveis e inalienáveis de todos os cidadãos brasileiros, de elevado interesse público, devendo, pois, serem tutelados pelo Estado.

Esse direito aflora na extensão da assistência de saúde a todas as pessoas, em bases igualitárias, direito esse que deve ser explicitado a todos os segmentos da sociedade para sua melhor fruição.

A noção do direito à saúde emerge de uma forma mais concreta, a partir do momento em que a força do poder do Estado, com o apoio da sociedade civil, deva assegurar o exercício da cidadania em sua plenitude, implicando em acesso à moradia, educação, alimentação, saneamento básico, previdência social, transporte, lazer e cultura.

Embora reconheçamos a interdependência de relações recíprocas entre a saúde e o desenvolvimento, a existência de recursos epidemiológicos, tecnológicos e operacionais simples e efetivos, culturalmente aceitos e de baixo custo, e factíveis, portanto, esses recursos devem ser postos ao alcance de todos os cidadãos. Isso, de certa maneira, torna ilícito, do ponto de vista científico, profissional e ético, esperar somente pela evolução dos indicadores econômicos para que, em conseqüência, ascendam ou cresçam os níveis de saúde.

Essa concepção global de saúde exige

um aumento real e significativo dos dispêndios públicos na área da saúde e em outras áreas sociais priorizadas, não somente como imperativo atual da demanda, mas, sobretudo, para resgate de uma dívida contraída ao longo do tempo com os segmentos populacionais de baixa renda.

São apresentadas as seguintes proposições quanto ao **Financiamento do Setor de Saúde:**

- Criação de um fundo único de saúde, estruturado em três níveis: federal, estadual e municipal.
- Autonomia dos estados e dos municípios na gestão desses recursos.
- Que os orçamentos-programas sejam elaborados a nível das unidades executoras.
- Implementação efetiva das estruturas gerenciais da SEPLAN, das CIS, das CRIS e das CLIS, com relação à execução das AIS.
- Ênfase para a participação de líderes, representantes legítimos das comunidades.
- Que seja definido simultaneamente pela União, estados e municípios um percentual não inferior a 10% para o setor de saúde.
- As reservas econômicas da previdência social podem funcionar como empréstimos ressarcíveis ao setor de saúde, e mais: caberia aos municípios o ônus de manutenção dos serviços básicos de saúde e saneamento e a avaliação e controle da aplicação desses recursos. Há necessidade, acima de tudo, de uma decisão política que assegure prioridade real e consistente à saúde, com o correlato e ativo envolvimento da sociedade beneficiada, e o apoio das instituições econômicas e empresariais que afetam a prestação de serviços de saúde, com aceitação das delimitações de seus papéis respectivos.

O planejamento da saúde, obedecidos os parâmetros nacionais e regionais, deve contemplar um direcionamento de nível local para nível estadual e federal.

A concretização de todo esse ideário preconiza a implantação de um modelo participativo de saúde comunitária, compreendendo a aplicação dos seguintes princípios: unificação do sistema, universalização, eqüidade, dignidade, resolutividade, regionalização e integração das ações de saúde.

A ampla configuração do Sistema Nacional de Saúde inclui, necessariamente, a definição de uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, com a regulamentação dos profissionais de saúde, onde o acesso a cargos públicos seja outorgado por concursos públicos, substituindo a ingerência de fatores alheios à técnica; administração de pessoal humanizada, valorizando-se os processos de desenvolvimento individual; oportunidade de treinamento para todos e chance de evolução funcional ditadas pelas vivências e pelo conhecimento adquirido.

É recomendável a definição de uma linha de ação de pesquisa para a experimentação do campo da fitoterapia, homeopatia, acupuntura e outras práticas alternativas, juntamente com estudos terapêuticos de medicamentos alopáticos tradicionais e definição de uma nova listagem de produtos essenciais pela Central de Medicamentos.

Manifestamos nosso formal desacordo com o tipo de assistência previdênciária de saúde que privilegia ações terciárias, curativas, desenvolvidas sobretudo por estruturas hospitalares privadas, subsidiadas pela compra e venda de procedimentos em benefício de clientelas estratificadas.

Todo o processo de reformulação do sistema deve ser acompanhado e divulgado oportunamente à toda a sociedade brasileira. O funcionamento do Sistema Nacional de Saúde encontrará sua consolidação na criação e funcionamento dos conselhos comunitários, onde os assuntos de saúde constituam foros permanentes de debates e possam gerar participações concretas e um controle efetivo da sociedade e do funcionamento geral.

Enfim, o Piauí acredita que se há saúde a vida tem pouca qualidade, e desse modo, mesmo que a saúde não seja tudo, sem dúvida, o resto não será nada.

RIO DE JANEIRO

A Pré-Conferência de Saúde do Rio de Janeiro foi organizada por uma comissão constituída pelas várias instituições de saúde, por entidades sindicais e por representações de entidades de moradores e tinha uma comissão executiva.

A Pré-Conferência contou com a participação da CUT, da CONCLAT, da Federação de Associações de Moradores, da Federação de Associações de Favelas e outras. Ela teve 700 participantes, tanto profissionais de saúde como pessoal de entidades sindicais e de associações.

Eu vou fazer um resumo breve das conclusões, até porque várias das conclusões já apareceram nos relatos das outras Pré-Conferências.

Foi considerado que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado e que o direito à saúde é o direito a condições dignas de vida. Então, o Estado, para garantir esse direito deve garantir o acesso a todos ao trabalho, à terra, educação, alimentação, moradia, e a um salário digno, assim como acesso universal a um sistema de saúde. Foi considerado também que a lógica que hoje tem por base o Sistema Nacional de Saúde é a lógica da privatização, e que a contribuição dos trabalhadores, então, está sendo utilizada para o crescimento do setor privado.

Nesse panorama, foi considerado um avanço as Ações Integradas de Saúde, na medida em que colocam a responsabilidade do poder público para com a saúde da população, mas que a implantação delas teve alguns limites, que são, fundamentalmente a impossibilidade de garantir o acesso universal, pela própria forma como está organizado o sistema, com redes diferentes e financiamentos diferentes; as dificuldades de integração entre às várias instituições públicas, o que dificultou que se conseguisse que a rede pública pudesse trabalhar com a sua capacidade total; as dificuldades de financiamento das próprias Ações Integradas de Saúde, não só pelo orçamento que foi destinado a elas como pelos próprios mecanismos de co-participação que foram instituídos.

E, por último, a indefinição que se teve do papel das instâncias colegiadas de gestão, o que fez com que elas ficassem esvaziadas e que, no final, os representantes da sociedade não tivessem um poder efetivo na condução do processo.

Considerou-se que esses limites são pelo fato de que as Ações Integradas de Saúde não constituíram uma reforma na própria lei do Sistema Nacional de Saúde, e que hoje é necessário reforçar as Ações Integradas de Saúde, mas também avançar em propostas que efetivamente possam mudar e superar esses limites.

Em relação a isso, foram discutidas:

- A questão da criação de um novo órgão único, que não seja simplesmente um remanejamento dos órgãos hoje existentes.
- A questão fundamental de redefinição de quais são as atribuições ao nível federal, estadual e municipal, com ênfase nos sistemas estaduais e municipais de saúde, levando em conta as realidades locais.
- A questão de que seriam criadas instâncias de administração e condução do sistema que assegurem a participação de representantes de sociedades organizadas mas com poder efetivo.
- Foi considerado que a questão básica que deve nortear tudo é a inversão da lógica vigente, ou seja, que o Estado efetivamente assuma a garantia do direito à saúde o que significa também uma mudança na relação com o setor privado.
- Foi considerado que a saúde, enquanto um direito de todos é um dever do Estado, deve ser assumida por este, inclusive na prestação de todos os serviços, mas foi considerado, também, que pela própria insuficiência da rede pública, neste momento, é necessário integrar o setor privado no sistema, mas que a relação tem que mudar, a relação tem que ser a partir da

ótica do interesse do poder público, o que significa também fiscalizar, coibir os abusos que são feitos, incluídos aí as fraudes e a corrupção de toda natureza, bem como a punição exemplar de todo o desvio de material e dinheiro dos serviços públicos.

- Foi considerada fundamental a democratização no sistema e ressaltado que a participação efetiva, tanto dos trabalhadores quanto dos usuários e dos trabalhadores da saúde exige uma ampla democratização na informação, de modo que esta não fique restrita só aos seus representantes.
- Foi ressaltado, também, que a reversão dessa ótica significa uma nova política tecnológica, e significa, também, uma nova política de recursos humanos, que possa garantir a isonomia salarial e o compromisso efetivo dos serviços dos profissionais com o atendimento que é dado à população.
- Finalmente em relação ao Financiamento se considerou que as novas propostas de financiamento são resultado de uma decisão política maior, mas que de um modo geral é necessário se reverter o atual quadro de financiamento, que simplesmente mantém as desigualdades.

As principais propostas foram as seguintes:

1. Modificar as fontes de recursos, que hoje penalizam o assalariado para taxar o financiamento das empresas, especialmente as intensivas em capital.

2. Aumentar a participação do Tesouro Nacional no custeio, criar um Fundo Único de Saúde, cuja execução seja descentralizada em um fundo estadual e em um fundo de cooperação dos municípios.

3. Efetivar uma profunda reforma tributária e fiscal que viabilize a reversão do atual quadro de financiamento.

4. Recriar o Conselho Nacional de Saúde, para nele incluir os trabalhadores, através de sua representação sindical, democratizando a decisão de distribuição de todos os recursos do Fundo Nacional de Saúde.

Este é o resumo do relatório do Rio de Janeiro.

Uma outra questão que foi discutida ao longo de toda a Pré-Conferência do Rio foi a seguinte: a Conferência foi feita nos dias 7 e 8 de março, e no dia 7 chegou ao Plenário da Pré-Conferência a questão da mudança do superintendente do INAMPS no Rio de Janeiro. Essa questão foi discutida bastante nos dois dias, e foi aprovada uma moção, por unanimidade de aclamação, que vou passar a ler, que diz o seguinte:

"A opção social da Nova República expressa em inúmeros pronunciamentos do Excelentíssimo Senhor Presidente da República, faz com que alertemos os poderes públicos para os retrocessos que ocorrem na área da saúde e da previdência social.

As entidades representativas da sociedade civil, participante da Pré-Conferência Estadual do Rio de Janeiro, preparatória da 8ª Conferência Nacional de Saúde, são testemunhas da conduta correta e do empenho desenvolvido pelo Dr. Luiz Antônio Santini na direção da Superintendência do INAMPS do Rio de Janeiro, em prol da política preconizada pelo plano de ação do governo no setor saúde, e de sua ação responsável colocando o INAMPS a serviço da comunidade e mobilizando a participação de todos os segmentos da sociedade na reformulação da atenção à saúde.

É com indignação que esta Pré-Conferência recebe a confirmação de sua exoneração do cargo de Superintendente, inviabilizando a continuidade do processo democrático há pouco iniciado.

Não aceitamos ver novamente a Superintendência Regional do Rio de Janeiro, possuidora do maior número de unidades próprias do INAMPS, ocupada pelos mesmos grupos que, em passado recente, dilapidaram os recursos públicos, favorecendo a mercantilização da doença, com reflexos profundos no patrimônio de saúde para a população.

Exigimos que o Dr. Luiz Antônio Santi-

ni permaneça como avalista nas políticas e nos anseios da população".

RIO GRANDE DO NORTE

Como não houve uma iniciativa da CIS para a organização da Conferência Estadual de Saúde, a Delegacia Federal de Saúde convocou uma reunião envolvendo instituições governamentais, associações comunitárias e todas as entidades representativas de profissionais da área de saúde, quando, na oportunidade, foi escolhida uma comissão organizadora da conferência.

Na fase inicial, a comissão organizadora ressente-se do pouco apoio institucional, ressaltando-se o esforço dos profissionais que, apesar das dificuldades encontradas, dedicavam à Conferência horas fora do seu expediente normal.

A participação, em todos os momentos da Conferência, foi intensa, evidenciando-se, no entanto, a ausência da Secretaria de Saúde nos painéis e grupos de trabalho.

A Conferência foi realizada no período de 24 a 28 de fevereiro, com mil participantes aproximadamente, e 56 delegados, representantes de instituições, entidades de categorias profissionais e outras associações da comunidade; participaram dos grupos de trabalho representantes de 50 instituições locais.

Vamos apresentar aqui algumas propostas apresentadas na Conferência Estadual:

- Explicitar na Constituição mecanismos que garantam a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, assegurando a continuidade do processo de conquistas.
- Implantar uma nova política de saúde como resultado de políticas sociais complementares, que propiciem melhores condições de trabalho, moradia, alimentação, salários justos e acesso à educação e lazer de forma igualitária.
- Definir o papel político da população como co-gestora de nova política de saúde, participando ativamente do planejamento e execução, controle e avaliação das ações de saúde.
- Assegurar na Constituinte que o Estado garanta a todos os cidadãos mecanismos de cobrança do direito à saúde.
- Nacionalizar os serviços de saúde, estimulando a tecnologia nacional e restringindo a entrada de capital e tecnologia estrangeira, como forma de resguardar o direito de cidadania.
- Revogar a Lei nº 6.229.
- Desenvolver as ações de saúde obedecendo a um substrato legal que garanta a universalidade com eqüidade, tanto do ponto de vista de acesso quanto da qualidade.
- Capacitar os recursos humanos para os diversos níveis da atenção à saúde, com a visão mais voltada para os problemas de saúde coletiva, através do preparo prévio e contínuo de todos os profissionais por meio de treinamento iniciais de reciclagem, visando uma melhoria do nível assistencial e objetivando uma recuperação da credibilidade dos serviços públicos.
- Descentralizar politicamente e dotar de autonomia financeira os estados e municípios, contando para isso com o apoio de um fundo de saúde comum, com gerência paritária das instituições e dos usuários, que permita a formulação de planos e programas que sejam mais coerentes com as necessidades regionais e locais.
- Determinar a realização de concurso público em todos os níveis: municipal, estadual e federal, para todas as categorias profissionais do setor saúde e, ao mesmo tempo, garantir para o setor público isonomia salarial interinstitucional.
- Efetivar a municipalização dos serviços de saúde, acompanhada de reforma tributária, com repasse de no mínimo 10% do orçamento geral do município para o setor saúde, com fiscalização realizada pelo Tribunal de Contas e por um conselho popular.
- Efetivar a unificação do sistema de saúde com o controle popular e de entidades da área.

- Garantir constitucionalmente a determinação de um percentual mínimo de 10% do orçamento da União, destinado ao setor saúde, com eqüidade regional na distribuição de recursos.
- Privilegiar os gastos com ações básicas de saúde e destinar percentual específico para saneamento.
- Alterar os mecanismos de arrecadação das receitas previdenciárias e tributárias, de forma que a primeira contemple também os lucros das empresas e não apenas os descontos na folha e a segunda, ganhos de capital e taxação de supérfluos, tais como cigarros e bebidas, para a destinação específica à receita do setor saúde.

Foram apresentadas também moções contra o pagamento da dívida externa e a favor do direito de greve.

E, nesta oportunidade, fazemos um apelo para que as propostas apresentadas nesta Conferência Nacional não fiquem só nos discursos e papéis, mas que sejam postas em prática, para que todos os brasileiros tenham o direito de, pelo menos, viver com dignidade.

RONDÔNIA

A Pré-Conferência de Rondônia foi realizada em 6 e 7 de março de 1986. Foram convidadas 52 entidades oficiais e particulares, mas devido à exigüidade do prazo dificuldades de divulgação, compareceram apenas 30 entidades distribuídas por cerca de 250 participantes.

Com relação à 8ª Conferência Nacional de Saúde, Rondônia propõe que se mudem os critérios de escolha dos delegados, que parte deles sejam eleitos nas pré-conferências. Os atuais delegados foram nomeados apenas pela comissão organizadora da 8ª Conferência, pelos cargos oficiais formais que ocupam.

Ouanto ao primeiro tema, **Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado**, Rondônia propõe:

- Que esse título seja definitivamente inscrito e expresso na Constituição, garantindo a oferta universalizada de cuidados de saúde.
- A segunda proposta é de que sejam ampliados e assegurados na Constituição os atuais dispositivos legais de proteção à maternidade, tais como: a ampliação da licença de gestação para 180 dias; seguro-maternidade universalizado, sem nenhuma contribuição prévia; garantia de informação e acesso a métodos anticoncepcionais, desde que voluntários e não induzidos formal ou oficialmente.
- A terceira proposta é a de assegurar constitucionalmente a não segregação social de portadores de doenças transmissíveis, como hanseníase, tuberculose, AIDS e outras.
- Quarta proposta: garantir constitucionalmente que o sistema de saúde ou conhecimentos de técnicas de saúde não possam e não devam ser utilizados contra os direitos humanos ou de cidadania.
- Quinta proposta: assegurar constitucionalmente a obrigação, a todas as instituições formais e informais da comunidade, de promover atividades de educação e saúde.
- Sexta proposta: assegurar, por dispositivos constitucionais, a proteção efetiva e rigorosa do meio ambiente.

Quanto ao segundo tema, **Reformulação do Sistema de Saúde:**

- Considerando a atual estrutura do sistema de saúde, em que existem diversos órgãos de comando, que seja realizada a unificação do sistema e a descentralização do poder até a municipalização desses serviços.
- Considerando a unificação do sistema de saúde que altera a extensão de cobertura, é necessário que seja procedida a uma reforma universitária que capacite os recursos humanos que atuarão nessa nova dimensão de saúde.

Que seja observada a participação da população na programação, execução,

avaliação e reprogramação das atividades de saúde através de conselhos comunitários, caracterizando-se, então, a co-gestão.

- Assegurar aos profissionais de saúde a equiparação de cargos, jornadas de trabalho e salário nos diversos níveis de atendimento.
- Considerando a unificação do sistema, que sejam asseguradas, por dispositivos constitucionais, essas instituições recentemente criadas e formalizadas como: CIPLAN, CIS, CRIS e CIMES.
- Evitar, por dispositivos constitucionais, os paralelismos e superposições de âmbitos de atuação.

Com relação ao **Financiamento do Setor Saúde**, Rondônia oferece também quatro propostas:

- Considerando que os recursos financeiros do setor saúde estão definidos apenas orçamentariamente, propõem-se outras alternativas como fontes de recursos, e que se destine à saúde percentual fixo de todos os tributos cobrados à sociedade.
- Considerando a unificação do sistema, assegurar que o orçamento seja único, bem como o gerenciamento desses recursos.
- Considerando que a saúde é um dever do Estado, para tanto faz-se necessário que seja definido sob forma de lei o percentual fixo do orçamento destinado à saúde, nos níveis federal, estadual e municipal.
- Considerando que o Estado é responsável pelas funções sociais onde se inclui a saúde, deve o poder público concessionar a prestação de serviços à iniciativa privada, interessando-a também nos níveis primário e secundário, dirigindo essa participação para a saúde coletiva, principalmente.

SANTA CATARINA

Nos dias 7, 8 e 9 de março de 1986 foi realizada em Florianópolis, Santa Catarina, a Conferência Estadual de Saúde. Três entidades promoveram tal evento: a Associação Catarinense de Saúde Pública, entidade que congrega profissionais da área do setor; a Assembléia Legislativa e o Departamento Autônomo de Saúde Pública, autarquia da Secretaria Estadual de Saúde, com a colaboração de entidades profissionais e outras instituições.

Foram vistos como fatores positivos, pela primeira vez, o Poder Legislativo se envolver em um evento dessa natureza, o que vai fortalecer a luta parlamentar na área da saúde, e a divulgação pela imprensa de um debate sobre saúde, envolvendo os meios de comunicação. Pela primeira vez se realiza nesse estado um evento dessa natureza, a nível popular, institucional e multiprofissional. Aumenta, assim, a experiência organizativa.

Como um fator negativo, a gente gostaria de destacar a desarticulação entre os delegados das instituições e a Pré-Conferência.

As propostas, em relação ao tema **Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado**, foram as seguintes:

- A inclusão do conceito de saúde na Constituição, caracterizado como um direito de todo cidadão e um dever do Estado.
- Reformular o sistema formador de recursos humanos, que está voltado para as conseqüências e não para as determinantes do problema de saúde, no sentido de retornar ao estudo da realidade, reencontrando-se um modelo de saúde de acordo com os interesses da população.
- Aprofundar as discussões das questões de saúde, após a Conferência Nacional de Saúde, em todos os encontros, com ampla participação popular.
- Abertura de amplos fóruns de debates sobre saúde junto à população, inclusive pelos meios institucionalizados e de comunicação de massa.

Uma moção, que as entidades de saúde do Estado de Santa Catarina, mediante decisão a ser aprovada na 8ª Conferência Nacional de Saúde: que os candidatos à Constituinte pelo estado assumam o compromisso de garantir que a saúde como uma

direito de todos e dever do Estado seja incorporado à Constituinte. Então, esses candidatos levariam à Constituinte aquilo que for aprovado nesta 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Quanto à **Reorganização do Sistema de Saúde:**

- Regulação do setor privado, que seria como concessionário do serviço público, a quem caberia o planejamento integral, com utilização plena da capacidade pública instalada, seguindo parâmetros de cobertura definidos prioritariamente, em ordem decrescente de complexidade, como forma de racionalização dos recursos e estímulo á interiorização.
- Que a reorganização do Sistema Nacional de Saúde seja no sentido de atender as diretrizes básicas de universalização, eqüidade e regionalização e participação popular, no sentido de se criar e implantar no País um Serviço Nacional de Saúde. Para tal, é importante uma futura reforma sanitária.
- Considera-se fundamental para se chegar ao Serviço Nacional de Saúde congregar luta parlamentar, luta popular, luta no interior das instituições, com ampla participação dos trabalhadores do setor saúde.
- Formação de um sistema único de saúde, a partir de um amplo debate nacional, acerca da forma de arrecadação, distribuição e gestão de recursos.

Quanto ao **Financiamento do Setor Saúde destacamos:**

- O aumento da participação da União, em torno de 8% do **PIB.** O mesmo percentual seria também desejável a nível estadual e municipal.
- Fixação de um percentual de 25% dos recursos arrecadados pelo sistema previdenciário.
- Uma moção também, que seria a garantia da isonomia salarial dos setores participantes das AIS, e também quando da efetivação do sistema unificado de saúde.

Essas são algumas das propostas elaboradas pela Pré-Conferência em Santa Catarina.

SÃO PAULO

Em São Paulo, ao contrário de muitos Estados, a Pré-Conferência foi organizada por uma comissão com delegação das entidades estatais, Secretaria de Saúde, Delegacia Federal de Saúde e INAMPS, e essa comissão incluiu representações das várias entidades profissionais e procurou um contato íntimo com as entidades sindicais.

Os relatores, Dalmo de Abreu Dallari, que abordou o tema do Direito à Cidadania e à Saúde; José da Silva Guedes e Pedro Luiz Barros da Silva para os temas, respectivamente, de Organização de Serviços e de Financiamento do Setor, tiveram oportunidade de fazer uma apresentação em que merece destaque, no que diz respeito a Direito à Saúde, uma colocação do jurista Dalmo de Abreu Dallari, no sentido de que uma preocupação que precede a da conquista do direito à saúde, como um dos direitos sociais, é o próprio problema de extensão da cidadania ao povo brasileiro, uma vez que existem contingentes muito grandes deste povo ainda vivendo em estado de pré-cidadania.

No que diz respeito à **Reformulação do Sistema de Saúde**, o que se notou foi uma perplexidade com o quadro caótico e disfuncional que temos pela frente.

A respeito ao **Financiamento do Setor**, vamos ter as mesmas teses que serão apresentadas aqui, nesta Conferência, porquanto o Pedro Luiz é um dos relatores do documento que serviu de base à Pré-Conferência de São Paulo, que é o mesmo que vai servir de base à Conferência Nacional.

Na realidade, essa Pré-Conferência que se realizou em São Paulo, em 7 e 8 de março, foi precedida de várias reuniões regionais. Começamos, na realidade, já em novembro, com a reunião municipalista, em Bauru, onde se debateu bastante essa problemática toda que está em discussão.

E prosseguimos, a partir do dia 28 até à data da Conferência, com regionais em Santos, Presidente Prudente, Vale do Pa-

raíba, Vale do Ribeira, Ribeirão Preto e Campinas, procurando, na realidade, nessas reuniões, não propriamente atuar como fórum, com poder de deliberação, no sentido de que essas pré-conferências – não só as regionais como aquela que tentou sintetizar em São Paulo as posições do Estado – não visaram à formulação de propostas específicas. O entendimento é que os representantes das diversas entidades, dos diversos segmentos da sociedade, de entidades e instituições, teriam oportunidade de trazer a este Plenário, a este fórum, as suas propostas.

Dessa maneira, não temos necessidade, realmente, de repetir aqueles pontos que foram, considerados de destaque para um dos temas. Gostaria apenas de acentuar que Santos destacou um problema específico que ninguém ainda havia destacado, inclusive nessas apresentações aqui: é o problema da poluição ambiental, o problema desse descuido com o ambiente, que gerou Cubatão, onde mil toneladas de poluentes são despejadas, por dia, na atmosfera, nos cursos d'água, no meio ambiente. E Santos reivindica, através de moção específica, que o tema saúde e ambiente seja discutido em Santos e Cubatão. Eu trago, pois, para a 8ª Conferência, essa proposta de Santos.

O Vale do Ribeira destacou a problemática da desigualdade entre o trabalhador rural e o trabalhador urbano, e faz, realmente, um apelo para que nós reforcemos aqui a tese de uma verdadeira eqüidade no acesso aos serviços de saúde para o trabalhador rural, da mesma forma que temos hoje um acesso razoavelmente universalizado para o trabalhador urbano.

Estes foram, então, os principais pontos discutidos na Pré-Conferência de São Paulo.

SERGIPE

Houve um debate preparatório no dia 21, e a Conferência, no dia 9; participaram cerca de 48 entidades, com 212 participantes. As demais instituições de saúde do estado, apesar de terem enviado representantes não se engajaram na mobilização e na participação, e a Secretaria de Estado nem delegado mandou para a Conferência.

Quanto aos assuntos discutidos, não vou repetir o que já foi dito, quero apenas levantar alguns pontos que a Conferência em Sergipe enfatizou.

Em relação ao tema Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado, a Conferência alerta para o fato de que a saúde como direito não seja confundida com atenção à saúde. Essa, foi, então, uma questão discutida, de que poderia estar camuflada nesse direito à saúde o direito à atenção à saúde. Então, a Conferência de Sergipe alerta para essa pequena distinção, que para nós foi importante.

Com relação à Reformulação do Sistema de Saúde, foi consenso a necessidade de formação de rede única, descentralizada, com municipalização, isonomia salarial, todos os outros pontos aqui levantados. Entretanto, especificamente em nosso caso, a ação integrada como estratégia para alcançar esse sistema único de saúde, lá em Sergipe não vem funcionando.

Acho que isso deve ser revisto. Evidentemente é um caso muito específico, mas a ação integrada, a relação da CIS com o município é mais uma intervenção do INAMPS e da Secretaria de Estado nos municípios do que a integração de um sistema único de saúde.

Finalmente, entendemos que o último ponto importante da Conferência refere-se ao encaminhamento do sistema de saúde para a formação do sistema único passa, necessariamente, pela criação e formulação de conselhos populares, conselhos da comunidade que venham controlar, venham cobrar, venham fiscalizar essa participação. A

Conferência, na hora, formou um conselho popular. A secretaria municipal reconheceu esse conselho e ficou de se reivindicar que os demais órgãos públicos reconheçam nesse conselho o foro e o canal de representação popular.

Foram aprovadas duas moções: uma, de agilização do plano de reforma agrária, que está muito lento; e outra, de apoio às últimas medidas econômicas do governo

RELATÓRIO FINAL
DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL
DE SAÚDE

RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

O presente relatório final reflete um processo de discussão que, iniciado nas pré-conferências preparatórias estaduais e municipais, culminou com a participação, na 8ª Conferência Nacional de Saúde de mais de 4.000 pessoas, dentre as quais 1.000 delegados. Este processo materializou-se nos textos, debates, mesas-redondas, trabalhos de grupos e seus relatórios, resultando neste documento aprovado na plenária final da Conferência.

As plenárias da 8ª CNS contaram com a participação efetiva de quase todas as instituições que atuam no setor, assim como daquelas representativas da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos.

O documento apresentado para aprovação em plenária era o relato consolidado das discussões havidas durante três dias, nos 135 grupos de trabalho (38 de delegados e 97 de participantes), onde foram discutidos os temas: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial.

Estabeleceram-se, portanto, dois níveis de discussão: um que ocorreu durante os trabalhos de grupo, subsidiados pelas apresentações e mesas-redondas sobre os temas, e outro que se concretizou na assembléia final. O processo altamente participativo, democrático e representativo que permeou todo o debate na 8ª CNS permitiu um alto grau de consenso, caracterizando uma unidade quanto ao encaminhamento das grandes questões, apesar da diversidade de proposta quanto às formas de implementação.

A comissão relatora cumpriu rigorosamente o regulamento, incorporando todas as modificações aprovadas pela assembléia de delegados e assinalando apenas as contradições mais evidentes.

Para efeito de fidelidade ao rico processo de debate que ocorreu na Conferência, faz-se necessário destacar alguns pontos que, numa simples leitura das conclusões referentes aos três temas, não se revelam com a necessária ênfase:

1 – Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencionando chamar de reforma sanitária.

2 – A questão que talvez mais tenha mobilizado os participantes e delegados foi a natureza do novo Sistema Nacional de Saúde: se estatizado ou não, de forma imediata ou progressiva. A proposta de esta-

tização imediata foi recusada, havendo consenso sobre a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público. Em qualquer situação, porém, ficou claro que a participação do setor privado deve-se dar sob o caráter de serviço público "concedido" e o contrato regido sob as normas do Direito Público. Em relação a esse tema, é impressão da comissão de redação que a proposição "estatização da indústria farmacêutica", aprovada na Assembléia Final, conflita com esse posicionamento geral, por não ter sido objeto de uma discussão mais aprofundada.

3 – Outro tema bastante polêmico foi aquele relativo à separação da **"saúde" da "previdência".** O entendimento majoritário foi o de que a Previdência Social deveria encarregar-se das ações próprias de "seguro social" (pensões, aposentadorias e demais benefícios) e a saúde estaria entregue, em nível federal, a um único órgão com características novas. O setor seria financiado por várias receitas, oriundas de impostos gerais e incidentes sobre produtos e atividades nocivas à saúde, Até que se formasse esse orçamento próprio da saúde, a Previdência Social deveria destinar os recursos, que ora gasta com o INAMPS, para o novo órgão e ir retraindo-se na medida do crescimento das novas fontes.

4 – No tema financiamento houve alto grau de consenso sobre alguns princípios importantes que devem orientar a política de financiamento setorial, o relatório parece mais indicativo do que conclusivo, revelando que esta discussão exige um maior aprofundamento.

A comissão relatora observa que este relatório espelha fielmente o momento político materializado na 8ª CNS, sendo, mais que nada, o resultado coerente desse momento e devendo constituir-se em objeto de reflexão, visando, sobretudo, à continuidade do processo de reformulação setorial.

TEMA 1 – SAÚDE COMO DIREITO

1 – Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

2 – A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

3 – Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

4 – Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isto será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.

5 – Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a idéia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir:

– trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho;

– alimentação para todos, segundo as suas necessidades;

– moradia higiênica e digna;

– educação e informação plenas;

– qualidade adequada do meio ambiente;

– transporte seguro e acessível;

– repouso, lazer e segurança;

– participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde;

– direito à liberdade, à livre organização e expressão;

– acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.

6 – As limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural.

7 – A sociedade brasileira, extremamente estratificada e hierarquizada, caracteriza-se pela alta concentração da renda e da propriedade fundiária, observando-se a coexistência de formas rudimentares de organização do trabalho produtivo com a mais avançada tecnologia da economia capitalista. As desigualdades sociais e regionais existentes refletem estas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada.

8 – A evolução histórica desta sociedade desigual ocorreu quase sempre na presença de um Estado autoritário, culminando no regime militar, que desenvolveu uma política social mais voltada para o controle das classes dominadas, impedindo o estabelecimento de canais eficazes para as demandas sociais e a correção das distorções geradas pelo modelo econômico.

9 – Na área de saúde, verifica-se um acúmulo histórico de vicissitudes que deram origem a um sistema em que predominam interesses de empresários da área médico-hospitalar. O modelo de organização do setor público é anárquico, pouco eficiente e eficaz, gerando descrédito junto à população.

10 – Este quadro decorre basicamente do seguinte:

– não prioridade pelos governos anteriores do setor social, neste incluído a saúde, privilegiando outros setores, como por exemplo o da energia, que contribuiu para a atual dívida externa;

– vigência de uma política de saúde implícita que se efetiva ao sabor de interesses em geral não coincidentes com os dos usuários dos serviços, acentuadamente influenciada pela ação de grupos dedicados à mercantilização da saúde;

– debilidade da organização da sociedade civil, com escassa participação popular no processo de formulação e controle das políticas e dos serviços de saúde;

– modelo assistencial excludente, discriminatório, centralizador e corruptor;

– falta de transparência na aplicação de recursos públicos, o que contribuiu para o seu uso dispersivo, sem atender às reais necessidades da população;

– inadequada formação de recursos humanos tanto em nível técnico quanto nos aspectos ético e de consciência social, associada à sua utilização em condições insatisfatórias de remuneração e de trabalho;

– controle do setor de medicamentos e equipamentos pelas multinacionais;

– privilégio na aplicação dos recursos públicos na rede privada de assistência médica, como também em programas de saneamento e habitação;

– interferência clientelística no que se refere à contratação de pessoal;

– excessiva centralização das decisões e dos recursos em nível federal.

11 – O Estado tem como responsabilidades básicas quanto ao direito à saúde:

– a adoção de políticas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida, sobretudo para os segmentos mais carentes da população;

– definição, financiamento e administração de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário;

– operação descentralizada de serviços de saúde;

– normatização e controle das ações de saúde desenvolvidas por qualquer agente público ou privado de forma a garantir padrões de qualidade adequados.

12 – Para assegurar o direito à saúde a toda a população brasileira é imprescindível:

– garantir uma Assembléia Nacional Constituinte livre, soberana, democrática, popular e exclusiva;

– assegurar na Constituição, a todas as pessoas, as condições fundamentais de uma existência digna, protegendo o acesso a emprego, educação, alimentação, remuneração justa e propriedade da terra aos que nela trabalham, assim como o direito à organização e o direito de greve;

– suspender imediatamente o pagamento dos juros da dívida externa e submeter à decisão da nação, via Assembléia Nacional Constituinte, a proposta de não pagamento da dívida externa;

– implantar uma reforma agrária que responda às reais necessidades e aspirações dos trabalhadores rurais e que seja realizada sob o controle destes;

– estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado;

– fortalecer os estados e municípios, através de uma ampla reforma fiscal e tributária;

– estabelecer compromissos orçamentários ao nível da União, estados e municípios para o adequado financiamento das ações de saúde.

13 – É necessário que se intensifique o movimento de mobilização popular para garantir que a Constituinte inclua a saúde entre as questões que merecerão atenção prioritária. Com este objetivo, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, deverá ser deflagrada uma campanha nacional em defesa do direito universal à saúde, contra a mercantilização da medicina e pela melhoria dos serviços públicos, para que se inscrevam na futura Constituição:

– a caracterização da saúde de cada indivíduo como de interesse coletivo, como dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais;

– a garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional;

– a caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais.

TEMA 2 – REFORMULAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

1 – A reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla reforma sanitária.

2 – No nível federal, este novo sistema deve ser coordenado por um único Ministério, especialmente concebido para esse fim. Com este objetivo, o poder executivo deve encaminhar, a curto prazo, mensagem ao Congresso, garantindo-se, entretanto, que a reformulação proposta seja prévia e amplamente debatida por todos os setores da sociedade civil. A unicidade de comando deve ser reproduzida nos níveis estadual e municipal.

3 – O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios:

a) **referente à organização dos serviços**

– descentralização na gestão dos serviços;

– integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo;

– unidade na condução das políticas setoriais;

– regionalização é hierarquização das unidades prestadoras de serviços;

– participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde;

– fortalecimento do papel do município;

– introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida.

b) **atinentes às condições de acesso e qualidade**

– universalização em relação à cobertura populacional a começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas;

– eqüidade em relação ao acesso dos que necessitam de atenção;

– atendimento oportuno segundo as necessidades;

– respeito à dignidade dos usuários por parte dos servidores e prestadores de serviços de saúde, como um claro dever e compromisso com a sua função pública;

– atendimento de qualidade compatível com o estágio de desenvolvimento do conhecimento e com recursos disponíveis;

– direito de acompanhamento a doentes internados, especialmente crianças;

– direito à assistência psicológica sem a discriminação que existe atualmente.

c) **relacionados com a política de recursos humanos**

– remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federal, estadual e municipal, e estabelecimento urgente e imediato de plano de cargos e salários;

– capacitação e reciclagem permanentes:

– admissão através de concurso público;

– estabilidade no emprego;

– composição multiprofissional das equipes, considerando as necessidades da demanda de atendimento de cada região e em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial;

– compromissos dos servidores com os usuários;

– cumprimento da carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva;

– direito à greve e sindicalização dos profissionais de saúde;

– formação dos profissionais de saúde integrada ao Sistema de Saúde, regionalizado e hierarquizado;

– inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas;

– incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários.

4 – O principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor. Os prestadores de serviços privados passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, sendo ainda coibidos os lucros abusivos. O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados. Com o objetivo de garantir a prestação de serviços à população, deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público.

5 – As atribuições básicas de cada nível do governo devem ter por fundamento o caráter federativo da nossa República, de tal modo a romper com a centralização que esvaziou, nas décadas recentes, o poder e as funções próprias das unidades federadas e de seus municípios. O SISTEMA ÚNICO DE SAUDE deve reforçar, neste sentido, o poder político, administrativo e financeiro dos estados e municípios.

6 – NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, o **nível federal** terá como atribuições principais:

– formulação e condução da política nacional de saúde; regulamentação das normas de relacionamento entre o setor público e o setor privado; formulação de normas e o acompanhamento e avaliação das ações de cobertura assistencial; condução e execução de programas emergenciais que escapem às possibilidades de intervenção das Unidades Federativas; definição das políticas setoriais de tecnologia, saneamento, recursos humanos, insumos básicos, financiamento e informações; determinação de padrões de qualidade homogêneos para os setores público e privado.

7 – Permanecerão no âmbito da competência do novo órgão federal os serviços de referência nacional e os serviços e atividades considerados estratégicos para o desenvolvimento do sistema de saúde, tais como: órgãos de pesquisa, de produção de imunobiológicos, de medicamentos e de equipamentos. As linhas de pesquisa desenvolvidas nas áreas de saúde devem ser amplamente discutidas entre as instituições de pesquisas de serviços e universidades visando a um direcionamento mais produtivo e relevante na resolução dos problemas de saúde do país.

8 – Todos os serviços federais de caráter local que tenham relação direta com o atendimento à população, com exceção dos mencionados anteriormente, serão transferidos com os respectivos recursos humanos, materiais e financeiros aos estados e municípios, segundo planos e programas a serem elaborados conjuntamente pelas instituições participantes e as representações da sociedade organizada e que considerem a viabilidade política e a factibilidade técnico-financeira da transferência.

9 – **No Nível Estadual**, destacam-se as seguintes funções:

– gestão, planejamento, coordenação, controle e avaliação da política nacional de saúde na Unidade Federativa (UF); responsabilidade pela elaboração do plano diretor de saúde da UF que deverá orientar a integração das atividades do subsistema estadual de saúde, incluindo as atividades do setor privado; prestação de serviços de saúde, vigilância sanitária e epidemiológica e outros de responsabilidade do sistema, em coordenação com os sistemas municipais; gerência do sistema estadual de informação de saúde; compatibilização das normas e diretrizes federais com o quadro jurídico-legal da UF e as peculiaridades dos sistemas de saúde estaduais e regionais; responsabilidade pelos serviços de abrangência estadual e regional, especialmente os de caráter secundário e terciário, e por aqueles outros programas, projetos ou atividades que não possam, por seu custo, especialização ou grau de complexidade, serem executados pelos municípios.

10 – **O Nível municipal** terá seu papel definido de acordo com as características e peculiaridades de cada caso, exercendo esse papel em estreita coordenação com o nível estadual. Como diretriz básica, o município terá a seu cargo, como responsabilidade mínima, a gestão dos serviços básicos de saúde.

11 – Os municípios de grande porte terão a seu cargo a gestão integral do Sistema Municipal de Saúde. Naqueles municípios em que não haja condições imediatas para assumir a gestão do sistema municipal, esta será realizada conjuntamente pelo município e secretaria estadual de saúde da unidade federada.

12 – Os hospitais universitários e das Forças Armadas devem estar totalmente integrados ao SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, sem prejuízo das funções de ensino, pesquisa e prestação de serviços dos primeiros.(*)

(*) No Relatório Final submetido à discussão plenária, havia a seguinte redação deste ítem :
"Os hospitais universitários e das Forças Armadas devem estar funcionalmente integrados ao Sistema Único de Saúde, sem prejuízo das funções de ensino, pesquisa e prestação de serviços dos primeiros".

13 – O relacionamento do poder público com a rede privada prestadora de serviços deve fundamentar-se no controle efetivo sobre essa rede.

14 – A implantação imediata de um novo relacionamento entre o setor público e o setor privado deverá ser implementada nos seguintes moldes:

– para os estabelecimentos privados que já se relacionam com o INAMPS, estabelecer um novo contrato-padrão regido pelos princípios do DIREITO PÚBLICO, passando o serviço privado a ser concessionário do Serviço Público;

– esses contratos devem ser reavaliados sob critérios de adequação ao perfil epidemiológico da população a ser coberta e de parâmetros de desempenho e qualidade;

– não devem ser celebrados novos contratos/credenciamentos a partir de 30 de março;

– as novas relações devem possibilitar a intervenção governamental, que pode chegar à expropriação, sempre que caracterizada a existência de fraude ou conduta dolosa. Trata-se, por conseguinte, de aplicar no campo da saúde instrumentos de proteção da sociedade similares àqueles já adotados nas relações do governo com outros setores;

– Os incentivos concedidos à chamada medicina de grupo deverão ser revistos.

15 – Para as regiões onde for necessário ampliar a cobertura assistencial, e houver escassez de oferta de serviços por parte do setor público, dever-se-á proceder:

– o redirecionamento dos fundos públicos, tais como FAS/Caixa Econômica Federal e FINSOCIAL/Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, para financiamento exclusivo da rede do setor público estadual e municipal;

– a suspensão imediata de financiamento, por parte desses fundos (FAS/CEF e FINSOCIAL/BNDES), para ampliação, reforma e construção de estabelecimentos privados ou para compra de equipamentos.

16 – A maior participação do setor público como prestador de serviços é viável, justa e socialmente desejável. Para isso é necessário o aprimoramento de seus procedimentos gerenciais, de forma que possa operar com maior eficiência e aumente seu grau de resolubilidade, de modo a satisfazer as necessidades da população.

17 – Com relação ao aparelho setorial produtor de bens, propõe-se:

– fortalecimentos dos laboratórios e das indústrias de equipamentos de saúde estatais;

– estatização de setores estratégicos na área de produção de imunobiológicos e na de produção e comercialização de sangue e hemoderivados;

– estatização da indústria farmacêutica.

18 – Proibir a propaganda comercial de medicamentos e produtos nocivos à saúde.

19 – É necessária à formulação de uma política de desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, contemplando particularmente a produção de insumos, equipamentos, medicamentos e materiais biomédicos, segundo as prioridades a serem estabelecidas na Política Nacional de Saúde.

20 – Neste sentido, é necessário ampliar o espaço de atuação e de investimento público nesses setores estratégicos, especialmente no referente à pesquisa, desenvolvimento e produção de vacinas e soros para uso humano, assim como aprofundar o conhecimento e utilização de formas alternativas de atenção à saúde.

21 – Para garantir este processo é preciso uma ampla revisão das formas de relacionamento entre o setor público e as empresas nacionais e internacionais, de maneira que as relações contratuais preservem a soberania nacional e protejam as inovações geradas internamente.

22 – Controlar e fiscalizar rigorosamente a qualidade dos insumos de uso setorial e a comercialização dos medicamentos e alimentos, através de uma adequada vigilância sanitária.

23 – As Ações Integradas de Saúde deverão ser reformuladas de imediato possibilitando o amplo e eficaz controle da sociedade organizada em suas atuais instâncias de coordenação (CIS, CRIS, CLIS e/ ou CIMS). Em nenhum momento a existência das AIS deverá ser utilizada como justificativa para protelar a implantação do Sistema Único de Saúde.

24 – Será constituído um novo Conselho Nacional de Saúde, composto por representantes dos ministérios da área social, dos governos estaduais e municipais e das entidades civis de caráter nacional, como partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares, cujo papel principal será o de orientar o desenvolvimento e avaliar o desempenho do Sistema Único de Saúde, definindo políticas, orçamento e ações.

25 – Deverão também ser formados conselhos de saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviço), que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. Deverá ser garantida a eleição das direções das unidades do sistema de saúde pelos trabalhadores desses locais e pela comunidade atendida.

26 – É indispensável garantir o acesso da população às informações necessárias ao controle social dos serviços, assegurando, a partir da constituição de um Sistema Nacional de Informação a:

– maior transparência às atividades desenvolvidas pelo setor;

– adoção de políticas de saúde que respondem efetivamente à complexidade do perfil sócio-sanitário da população brasileira.

27 – A efetivação das propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a continuidade do processo de discussão sobre a questão da saúde devem ser asseguradas através do aprofundamento das teses debatidas e do estudo dos temas específicos, como forma de subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte e criar as bases para uma Reforma Sanitária Nacional. Os participantes da 8ª Conferência Nacional de Saúde propõem, com esta finalidade, a criação do Grupo Executivo da Reforma Sanitária composto por órgãos governamentais e pela sociedade civil organizada, de forma paritária. Cabe ao Ministério da Saúde a convocação e constituição do referido Grupo, segundo os critérios aqui propostos.

TEMA 3 – FINANCIAMENTO DO SETOR

1 – Deverá ser constituído um **orçamento social** que englobe os recursos destinados às políticas sociais dos diversos Ministérios e aos distintos fundos sociais. Este orçamento será repartido por setor, cabendo ao de saúde uma parcela de recursos que constituirão o Fundo Único Federal de Saúde. Em nível estadual e municipal serão formados Fundos Únicos de Saúde de maneira análoga.

2 – Os Fundos de Saúde, nos diferentes níveis, serão geridos conjuntamente com a participação colegiada de órgãos públicos e da sociedade organizada.

3 – Os recursos destinados à saúde serão determinados através da prefixação de percentual mínimo sobre as receitas públicas. (*)

4 – O financiamento do sistema de saúde será responsabilidade do Estado, a quem cabe levar uma política de descentralização, articulando a participação efetiva dos estados e municípios com uma ampla e profunda reforma tributária.

(*) As seguintes redações substitutivas ao ítem 2 foram aprovadas em plenário, mas são contraditórias entre si:

1. "De imediato, a proposta de percentual mínimo do orçamento da União para a saúde deverá ser elaborada por comissão constituída nesta Conferência para debater no parlamento e com a sociedade civil, antes mesmo da eleição da Assembléia Nacional Constituinte, de forma a influir já no orçamento de 1987"
2. "... através da prefixação de um percentual mínimo de 15% sobre as receitas públicas".

5 – Os recursos da Previdência serão gradativamente retirados do financiamento das ações de saúde, devendo ser substituídos por fonte(s) alternativa(s), permitindo melhorar as prestações pecuniárias (aposentadorias, pensões etc.). Os recursos financeiros da Previdência Social devem destinar-se exclusivamente para custear um seguro social justo aos trabalhadores da cidade e do campo. Desta forma, o orçamento da Previdência deve ser administrado pelos trabalhadores e utilizado somente para a concessão de benefícios e aposentadorias igualitárias para trabalhadores rurais e urbanos.

6 – Os recursos oriundos das contribuições compulsórias da Previdência Social das empresas devem deixar de incidir sobre a folha de salários, passando a ser calculados sobre os ganhos do capital. Isto implicará em maior estabilidade das receitas previdenciárias e impedirá o repasse para o consumidor. Por outro lado, tal forma de cálculo de contribuição à Previdência deixará de penalizar as empresas intensivas em mão-de-obra.

7 – O percentual de desconto do salário dos trabalhadores deverá ser reduzido, adequando-se à nova realidade. O desconto dos aposentados deverá ser suprimido.

8 – A distribuição de recursos financeiros não deve levar em consideração apenas o contingente populacional de cada região e sua arrecadação fiscal. Deve também considerar as condições de vida e de saúde da região, promovendo, assim, uma distribuição mais justa dos recursos.

9 – A descentralização, um dos princípios propostos para a reorganização do sistema de saúde, só se concretizará mediante uma reforma tributária que:

– elimine a atual regressividade das formas de financiamento da política de saúde;

– estabeleça fontes estáveis de receita para que os programas de atenção à saúde não fiquem comprometidos nas conjunturas recessivas;

– garanta maiores recursos aos estados e municípios para que estes desenvolvam seus programas;

– assegure ao governo federal a capacidade de reduzir as desigualdades regionais;

– elimine as deduções do imposto de renda das pessoas jurídicas relativas ao gasto com assistência à saúde e à alimentação;

– reveja critérios de dedução do imposto de renda das pessoas físicas com o pagamento dos serviços de saúde;

– crie instrumentos de taxação de bens de consumo nocivos à saúde como fonte adicional de receita para o setor;

– acrescente como fontes adicionais a taxação de indústrias poluentes, empresas de desmatamento e jogos de azar;

– elimine a isenção de tributação sobre os ganhos totais de categorias "privilegiadas" (militares, magistrados e parlamentares);

– destine obrigatoriamente para os Fundos de Saúde um percentual fixo sobre os seguros obrigatórios de veículos;

– tribute as empresas proporcionalmente ao número de acidentes de trabalho, como mecanismo financeiro coercitivo de estímulo à sua prevenção.

COMISSÃO DE RELATORES

DELEGADOS

Adolfo Horácio Chorny
Adriano Cavalcante Sampaio
Albertina Duarte
Ana Maria Costa
Anna Rita Pederneiras
Antônio Henrique Pedrosa Neto
Armando de Negri Filho
Carolina Sampaio Barreto
Célia Maria de Almeida
Cornelis Johannes Van Stralen
Darli Antônio Soares
Deborah Cardoso Duarte
Flávio A. Goulart
Francisco Braga
Geraldo Luiz Moreira Guedes
Herval Pina Ribeiro
Iêda Maria Cabral da Costa
Jaime Antônio Araújo Oliveira
João Batista de Lima Filho
Jonice Maria Ledra
Jorge Adriano Moreira Feitoza Sotero
José Airamir Padilha de Castor
José Augusto Cabral de Barros
José Otávio Penido Fonseca
José Raimundo da Silva Arias
Lia Fanuki
Luís Fernando Nicz
Luís Carlos Raya
Luiz Carlos Romero
Madel Luz
Márcio Vieira Ângelo
Marco Giostri
Marcos Pacheco de Toledo Ferraz
Maria Ceci Misoczky de Oliveira
Maria Elizabeth Diniz Barros
Mário Roberto Dal Poz
Maurício Roberto Campelo Macêdo
Mauro César Luisi Barroso
Otávio Mercadante
Oviromar Flores
Paulo Gutierrez
Paulo Marchiori Buss
Pedro Chequer
Regina Maria Aquino Xavier
Ricardo Lafetá
Ricardo Oliva
Ronaldo Bordin
Rosana Chigres Kuschnir
Sarah Escorel
Silvia Disitzer
Ubiratan Moreira de Souza
Vandejacson Bezerra Andrade
Waldir Bertúlio
Ziadir Coutinho

Conceição Ferreira Fagundes
Francisco das Chagas Dias Monteiro
Gladston José de Paula Santos
Lenilda de Assis
Maria Verônica da Paz
Paulo Benedito de Andrade

COMITÉ ASSESSOR DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

COORDENADOR
Eric Jenner Rosas

MEMBROS
Alina Maria de Almeida Souza
Ana Maria Costa
Arlindo Fábio Gomez de Sousa
Ary Carvalho de Miranda
Célio de Castro
Cristina Possas
David Capistrano da Costa Filho
Eurivaldo Sampaio de Almeida
Gilvan Rocha
Joaquim Benedito Barbosa Gomes
José Lopes das Neves
José Maria Borges
Luís Carlos Austragésilo Barbosa
Maria Alice Lipparelli Tironi
Maria Angélica Gomes
Maria da Graça Ohana Pinto
Mário Grassi Filho
Paulo Marchiori Buss
Roberto Luiz Brant Campos
Sandra Cattan Naslausky
Telma Ruth Siqueira
Theresa Christina de Aguiar Tavares

ANEXOS

Decreto nº 91.466, de 23 de julho de 1985

Convoca a VIII Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências.

O Presidente da República, usando das atribuições que Ihe confere o artigo 81, item III, da Constituição, e tendo em vista o disposto no parágrafo único do artigo 90 da Lei nº 178, de 13 de agosto de 1937,

DECRETA:

Art. 1º – Fica convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde, a realizar-se de 2 a 6 de dezembro de 1985, em Brasília, sob os auspícios do Ministério da Saúde.

Art. 2º – O Temário da Conferência Nacional de Saúde será:

I – Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania;

II – Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, em consonância com os princípios de: integração orgânico-institucional, descentralização, universalização e participação; redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estados, Municípios, Territórios) na prestação dos serviços de saúde;

III – Financiamento setorial.

Art. 3º – Tomarão parte da VIII Conferência Nacional de Saúde:

I – Os titulares dos órgãos técnicos do Ministério da Saúde, bem como os dirigentes das entidades descentralizadas sob supervisão do Ministério;

II – Outros servidores designados pelo Ministro de Estado da Saúde;

III – Delegados indicados pelos Ministérios do Interior, Educação, Trabalho, Previdência e Assistência Social, Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente e Secretaria de Planejamento da Presidência da República;

IV – Até 2 representantes indicados por cada um dos demais ministérios;

V – Representantes das Comissões de Saúde do Senado Federal, da Câmara dos Deputados e das Assembléias Legislativas Estaduais;

VI – Representantes das organizações sindicais de empregados e empregadores;

VII – Representantes das Associações, Conselhos e Sindicatos dos Profissionais de Saúde;

VIII – Representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;

IX – Representantes dos serviços de saúde das Forças Armadas;

X – Representantes das Organizações Internacionais vinculadas ao setor de saúde;

XI – Representantes das entidades prestadoras de serviços de saúde;

XII – Pessoas ou instituições convidadas pelo Ministro de Estado da Saúde;

XIII – Representantes de outras entidades representativas da Sociedade civil.

Art. 4º – A Conferência será presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e, na sua ausência ou impedimento eventual, pelo Secretário-Geral do Ministério da Saúde.

Art. 5º – O Ministro de Estado da Saúde expedirá, mediante Portaria, regimento especial dispondo sobre a organização e funcionamento da VIII Conferência Nacional de Saúde, a ser elaborado por Comissão para esse fim designada pelo titular da Pasta.

Art. 6º – As despesas com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde correrão à conta dos recursos orçamentários próprios do Ministério da Saúde.

Art. 7º – Este Decreto entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, em 23 de julho de 1985; 164º da Independência e 97º da República.

JOSÉ SARNEY

Carlos Sant'Anna

Decreto nº 91.874, de 04 de novembro de 1985

Transfere a convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde.

O Presidente da República, usando das atribuições que lhe confere o artigo 81, item III, da Constituição, e tendo em vista o disposto no parágrafo único do artigo 90 da Lei nº 178, de 13 de agosto de 1937.

DECRETA:

Art. 1º – Fica transferida, para o período compreendido entre 17 a 21 de março de 1986, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Decreto nº 91.466, de 23 de julho de 1985.

Art. 2º – Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º – Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 04 de novembro de 1985; 164º da Independência e 97º da República.

JOSÉ SARNEY

Carlos Sant'Anna

Portaria nº 595/GM, de 19 de agosto de 1985

O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 5º do Decreto nº 91.466, de 23 de julho de 1985,

RESOLVE:

Art. 1º – A Comissão Organizadora da VIII Conferência Nacional de Saúde terá a seguinte estrutura:

I – PRESIDENTE

II – VICE-PRESIDENTE

III – COMISSÃO RELATORA:

a) Relator-Geral

b) Relatores

IV – COMITÊ EXECUTIVO:

a) Secretário

b) Secretário-Adjunto

cì Tesoureiro

d) Membros

V – COMITÉ ASSESSOR:

– a ser constituído, mediante convite do Presidente da Comissão Organizadora, por parlamentares, representantes de entidades sindicais de trabalhadores e empregadores, órgãos de classe dos profissionais de saúde, partidos políticos, instituições públicas envolvidas com a área de saúde e entidades representativas da sociedade civil.

DO PRESIDENTE E DO VICE-PRESIDENTE

Art. 2º – Incumbe ao Presidente da Comissão Organizadora da VIII Conferência Nacional de Saúde:

I – Promover, coordenar e dirigir todas as atividades necessárias à realização da Conferência;

II – Coordenar os trabalhos de elaboração do Regimento da Conferência;

III – Submeter à aprovação do Ministro da Saúde o Programa da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Parágrafo Único – O Presidente da Comissão Organizadora será substituído, em seus impedimentos eventuais, pelo Vice-Presidente.

DA COMISSÃO RELATORA

Art. 3º – Compete à Comissão Relatora:

I – consolidar relatórios parciais e elaborar a Ata Geral da Conferência;

II – supervisionar a elaboração dos textos oficiais a serem apresentados à Conferência;

III – realizar as tarefas necessáras à edição dos textos finais da Conferência.

DO COMITÊ EXECUTIVO

Art. 4º – Será atribuição do Comitê Executivo:

I – elaborar e submeter à aprovação do Ministro da Saúde o Regimento da Conferência;

II – elaborar e submeter à aprovação do Secretário-Geral do Ministério da Saúde o Plano de Aplicação dos recursos Financeiros destinados ao desenvolvimento dos trabalhos programados;

III – promover e coordenar a preparação de teses e de documentos oficiais a serem apresentados durante a Conferência, de acordo com o temário aprovado.

DO COMITÊ ASSESSOR

Art. 5º – Ao Comitê Assessor incumbe dar suporte técnico, administrativo e político aos trabalhos da Conferência.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 6º – A Comissão Organizadora disporá do apoio técnico-administrativo dos órgãos integrantes da estrutura básica do Ministério da Saúde, bem como de outras organizações nacionais e internacionais vinculadas ao Setor Saúde.

Art. 7º – Os casos omissos serão decididos pelo Presidente da Comissão Organizadora.

Art. 8º – Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Carlos Corrêa de Menezes Sant'Anna

Portaria nº 596/GM, de 19 de agosto de 1985

O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 5º do Decreto nº 91.466, de 23 de julho de 1985, e tendo em vista o disposto na Portaria nº 595, de 19 de agosto de 1985,

RESOLVE:

Art. 1º – A Comissão Organizadora da VIII Conferência Nacional de Saúde terá a seguinte composição:

I – PRESIDENTE

Professor ANTÔNIO SÉRGIO DA SILVA AROUCA, Presidente da Fundação Oswaldo Cruz;

II – VICE-PRESIDENTE

Doutor FRANCISCO XAVIER BEDUS-CHI, Presidente da Federação Nacional dos Médicos;

COMISSÃO RELATORA

Relator Geral

Professor GUILHERME RODRIGUES DA SILVA, da Universidade de São Paulo;

Relatores

Doutor SOLON MAGALHÃES VIANA, do IPEA/SEPLAN

Doutor ROBERTO PASSOS NOGUEIRA, da Organização Pan-Americana da Saúde.

IV – COMITÊ EXECUTIVO

Secretário

Doutor OTÁVIO CLEMENTINO DE ALBUQUERQUE, Assessor do Ministro da Saúde;

Secretário-Adjunto

Doutor EDMILSON FRANCISCO DOS REIS DUARTE, da Fundação Oswaldo Cruz;

Tesoureiro

Doutora MARIA SALETE DE LIMA, Secretária de Processamento de Dados, da Secretaria de Controle Interno do Ministério da Saúde.

Membros

Senador LOURIVAL BAPTISTA, Presidente da Comissão de Saúde do Senado Federal;

Deputado CARNEIRO ARNAUD, Presidente da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados;

Doutor RONEI EDMAR RIBEIRO, Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde;

Professor HÉSIO DE ALBUQUERQUE CORDEIRO, Presidente do INAMPS;

Doutor JOSÉ SARAIVA FELIPE, Secretário de Serviços Médicos do Ministério da Previdência e Assistência Social;

Doutor FRANCISCO EDUARDO DE CAMPOS, Secretário de Recursos Humanos do Ministério da Saúde;

Doutor CID ROBERTO BERTOZZO PIMENTEL, Secretário de Modernização Administrativa do Ministério da Saúde.

V – COMITÊ ASSESSOR

Pessoas a serem convidadas pelo Senhor Presidente da Comissão Organizadora.

Art. 2º – Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Carlos Corrêa de Menezes Sant'Anna

Portaria nº 756/GM, de 21 de novembro de 1985

O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições conferidas pelo artigo 5º do Decreto nº 91.466, de 23 de julho de 1985,

RESOLVE:

I – Aprovar o Regimento Especial da VIII Conferência Nacional de Saúde, elaborado pela Comissão designada pela Portaria Ministerial nº 596/Bsb, de 19 de agosto de 1985, publicada no Diário Oficial da União em 20 de agosto de 1985.

II – Esta Portaria entrará em vigor a partir desta data.

Carlos Corrêa de Menezes Sant'Anna

VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

REGIMENTO ESPECIAL DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

CAPÍTULO I

Da Finalidade

Art. 1º – A VIII Conferência Nacional de Saúde – VIII CNS, convocada pelo Decreto nº 91.966 de 23 de julho de 1985 e prorrogada pelo Decreto nº 91.874 de 4 de novembro de 1985, foro de debates sobre a saúde aberto a todos os segmentos da sociedade, terá por finalidade contribuir para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e proporcionar subsídios para a Assembléia Nacional Constituinte.

Parágrafo único – Nos termos do Decreto nº 91.874, de 04 de novembro de 1985, a VIII CNS será realizada em Brasília sob os auspícios do Ministério da Saúde entre 17 e 21 de março de 1986.

CAPITULO II

Dos Participantes

Art. 2º – Tomarão parte na VIII CNS na condição de Delegados convidados:

I – Os titulares de órgãos técnicos do Ministério da Saúde e das suas entidades descentralizadas bem como, outros servidores designados pelo Ministro de Estado;

II – Representantes dos Ministérios da Educação, Interior, Previdência e Assistência Social, Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente, Ciência e Tecnologia, da Secretaria de Planejamento da Presidência da República e do Estado-Maior das Forças Armadas, bem como 1 (um) representante de cada um dos demais Ministérios;

III – Parlamentares designados pelas Comissões de Saúde do Senado Federal, Câmara dos Deputados e Assembléias Legislativas Estaduais;

IV – Representantes de organizações sindicais de trabalhadores rurais e urbanos bem como de entidades patronais de âmbito nacional;

V – Representantes de Conselhos Federais, Associações e Federações nacionais de profissionais de saúde;

VI – Representantes de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;

VII – Representantes de entidades que congreguem pessoas jurídicas prestadoras de serviços de saúde;

VIII – Observadores designados pelos organismos internacionais vinculados ao setor de saúde que tenham atuação no país;

IX – Representantes de outras instituições da sociedade civil a critério da Comissão Organizadora;

X – Outras pessoas ou instituições especialmente convidadas pelo Ministro de Estado da Saúde.

Art. 3º – Poderão ainda inscrever-se na VIII CNS, na condição de Participantes, quaisquer outras pessoas ou instituições interessadas no aperfeiçoamento do Sistema Nacional de Saúde.

CAPITULO III

Do Temário

Art. 4º – A VIII CNS abordará:

I – O Temário Central fixado pelo Decreto de convocação;

II – Temas Específicos;

III – Temas Livres.

Parágrafo único – O Temário referido neste artigo obedecerá Programa aprovado pelo Ministro de Estado da Saúde.

SEÇÃO I

Do Temário Central

Art. 5º – A VIII CNS terá o seguinte Temário Central:

I – Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania;

II – Reformulação do Sistema Nacional de Saúde em consonância com os princípios de universalização, participação e descentralização; integração orgânico-institucional; redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estados, Territórios e Municípios) na prestação de serviços de saúde;

III – Financiamento do Setor Saúde.

Art. 6º – A abordagem de cada um dos temas centrais será realizada mediante exposições a cargo de 2 ou 3 apresentadores, seguidas de debates no plenário e posterior discussão nos diversos Grupos de Trabalho de Delegados.

Art. 7º – Os apresentadores disporão de 15 (quinze) minutos prorrogáveis por mais 5 (cinco) para apresentar a síntese de documento previamente encomendado pela Comissão Organizadora.

Art. 8º – Os debates serão iniciados imediatamente após as apresentações, com a intervenção de Debatedores previamente convidados, que disporão de um tempo máximo de 10 minutos para exporem seu ponto de vista em relação ao assunto apresentado.

Parágrafo único – Os debatedores a que se refere este artigo, em número não superior a 7, receberão os documentos apresentados com a devida antecedência.

Art. 9º – Após essas intervenções, será aberta a palavra ao Plenário durante 60 minutos improrrogáveis.

Art. 10 – Será facultado a qualquer membro inscrito na VIII CNS, Delegado ou Participante, manifestar-se verbalmente ou por escrito, durante o período dos debates, mediante perguntas ou observações pertinentes ao tema.

Parágrafo único – O tempo máximo para cada intervenção será de 3 minutos.

Art. 11 – A mesa desses trabalhos será dirigida por um Presidente e composta pelos apresentadores e debatedores convidados.

Art. 12 – As exposições e debates serão registrados em fita magnética para posterior tratamento, com vistas a sua divulgação nos Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Art. 13 – Cada Grupo de Trabalho de Delegados, composto por 30 pessoas, no máximo, escolherá um Coordenador, com as funções de conduzir as discussões, controlar o tempo e estimular a participação, de acordo com roteiro prévio.

Art. 14 – Além do coordenador cada grupo contará com um relator, designado pela Comissão Organizadora, encarregado de sintetizar as conclusões dos Grupos de Trabalho participar da consolidação dos Relatórios finais e colaborar com a Comissão Redatora.

Art. 15 – Após o trabalho de grupo de cada dia haverá uma sessão plenária onde serão apresentados resumidamente os relatórios dos grupos num tempo máximo de 5 minutos para cada apresentação.

Parágrafo único – Os Presidentes dessas sessões plenárias serão indicados pela Comissão Organizadora.

Art. 16 – Poderão ser constituídos Grupos de Trabalho composto de Participantes previstos no Art. 3º deste Regimento que queiram discutir os temas centrais da Conferência.

Parágrafo primeiro – A organização desses grupos obedecerá a um mínimo de 10 e máximo de 30 membros, que deverão se inscrever junto à Comissão Organizadora, a qual designará um Relator para cada grupo.

Parágrafo segundo – Os relatórios finais desses grupos serão consolidados num único relatório e encaminhados em tempo hábil à Comissão Relatora para posterior apreciação na Plenária Final e Deliberação dos Delegados.

SEÇÃO II

Dos Temas Específicos

Art. 17 – Com o objetivo de aprofundar aspectos técnicos e científicos relacio-

nados com o Temário Central serão analisados por especialistas interessados Participantes da VIII CNS, Temas Específicos selecionados pela Comissão Organizadora.

Art. 18 – A organização das discussões desses Temas ficará a cargo de entidades setoriais de reconhecida representatividade e/ou vinculação ao assunto abordado.

Art. 19 – Os Temas Específicos serão definidos pela Comissão Organizadora a quem caberá também convidar as entidades referidas no art. precedente.

Parágrafo único – Os apresentadores desses temas estarão automaticamente inscritos como Participantes da Conferência.

Art. 20 – Para discussão desses temas poderão ser constituídos Grupos de Trabalho cujas conclusões serão submetidas à sessão Plenária Final e farão parte de forma integral ou sumarizada dos Anais da VIII CNS como contribuição de especialistas.

Parágrafo primeiro – Os Grupos de Trabalho de que trata este artigo poderão também formular moções referentes ao Temário Central que serão consolidadas em um só Relatório elaborado por Comissão Relatora específica indicada pela Comissão Organizadora.

Parágrafo segundo – O Relatório consolidado será incorporado ao Relatório dos Grupos de Trabalho para efeito de aprovação e deliberação na sessão plenária final.

Parágrafo terceiro – Os textos apresentados um para cada tema específico poderão, a critério da Comissão Organizadora, serem publicados nos Anais, desde que não excedam de vinte (20) laudos cada um.

SEÇÃO III

Dos Temas Livres

Art. 21 – A VIII CNS abrirá em sua programação espaço para a apresentação de Temas Livres, que guardem relação direta com o Temário Central.

Art. 22 – A Comissão Organizadora selecionará, entre os estudos, resultados de pesquisas e outros trabalhos que lhes forem encaminhados, aqueles que possam ser apresentados sob a forma de Temas Livres.

Parágrafo único – Os autores desses trabalhos deverão enviar 3 (três) cópias de seus trabalhos à Comissão Organizadora até 90 (noventa) dias antes do início da Conferência.

Art. 23 – Os autores dos trabalhos aceitos estarão automaticamente inscritos na VIII CNS na condição de Participantes.

Art. 24 – As apresentações de Temas Livres serão conduzidas por Coordenadores designados pela Comissão Organizadora.

Parágrafo primeiro – Cada apresentação não poderá exceder a 15 (quinze) minutos.

Parágrafo segundo – Os Temas Livres não serão publicados nos Anais da VIII CNS.

SEÇÃO IV

Das Sessões Plenárias

Art. 25 – As Sessões Plenárias diárias mencionadas no art. 15 serão abertas a todos os membros da Conferência.

Art. 26 – A Sessão Plenária final terá caráter deliberativo.

Parágrafo único – Nessa sessão, também aberta a todos os membros da VIII CNS, somente terão direito a voto os Delegados previstos no art. 2º, exceto os que representem instituições não nacionais.

Art. 27 – A Plenária de Delegados referida no artigo anterior deliberará sobre as conclusões consolidadas dos Grupos de Trabalho e sobre moções que sejam apresentadas na oportunidade por qualquer dos membros da Conferência.

Parágrafo único – A mesa diretora dos trabalhos decidirá sobre a sistemática de trabalho a ser adotada especialmente quanto à forma de deliberação e tempo de duração da sessão.

CAPÍTULO IV

Da Organização

Art. 28 – A VIII CNS será presidida pelo Ministro de Estado da Saúde, e, na sua ausência ou impedimento eventual, pelo Secretário-Geral da Ministério da Saúde.

Art. 29 – Para desenvolvimento de suas atividades a VIII CNS contará com uma Comissão Organizadora instituída na forma das Portarias nº 595 e nº 596 de 19 de agosto de 1985, do Ministro de Estado da Saúde.

SEÇÃO I

Da Composição da Comissão Organizadora

Art. 30 – A Comissão Organizadora da VIII CNS tem a seguinte estrutura:

I – Presidente

II – Vice-Presidente

III – Comissão Relatora

a) Relator Geral

b) Relatores

IV – Comitê Executivo

a) Secretário

b) Secretário-Adjunto

c) Tesoureiro

d) Membros

V – Comitê Assessor integrado por convidados do Presidente escolhidos entre parlamentares, representantes de entidades sindicais de trabalhadores e empregadores, órgãos de classe de profissionais de saúde, partidos políticos, instituições públicas envolvidas com a área de saúde e entidades representativas da sociedade civil.

SEÇÃO II

Das Atribuições da Comissão Organizadora

Art. 31 – São as seguintes as atribuições da Comissão Organizadora :

a) Promover a realização do evento cuidando de todos os aspectos técnicos, políticos, administrativos e financeiros que o envolvem;

b) Preparar a programação da VIII CNS;

c) Selecionar apresentadores de Temas e Debatedores do Temário Central bem como encomendar os Documentos Técnicos Oficiais;

d) Elaborar a relação de entidades participantes com o respectivo número de Delegados;

e) Convidar as instituições responsáveis pela organização das apresentações dos Temas Específicos;

f) Selecionar os Temas Livres a serem apresentados;

g) Elaborar os Anais da Conferência e promover a sua publicação.

Parágrafo único – A Comissão Organizadora disporá do apoio técnico administrativo dos órgãos integrantes da estrutura do Ministério da Saúde, bem como de outras Organizações nacionais e internacionais vinculadas ao setor saúde.

Art. 32 – Compete ao Presidente da Comissão Organizadora:

a) Promover, coordenar e dirigir todas as atividades necessárias à realização da Conferência;

b) Aprovar os documentos que comporão o Temário da Conferência;

c) Convocar, quando necessárias, reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão Organizadora;

d) Assinar contratos de locação de serviços;

e) Autorizar despesas relativas à VIII Conferência Nacional de Saúde;

f) Presidir a sessão plenária final;

g) Submeter ao Ministro da Saúde o Programa da Conferência, incluindo Regimento e a relação de entidades convidadas com o respectivo número de Delegados;

h) Designar Relatores-Adjuntos mediante indicação da Comissão Relatora.

Art. 33 – Compete à Comissão Relatora:

a) Consolidar relatório dos Grupos de Trabalho ;

b) Elaborar a Ata Geral da Conferência;

c) Realizar as tarefas necessárias à edição dos textos finais da Conferência.

Art. 34 – São atribuições do Relator-Geral, auxiliado pelos Relatores e Relatores-Adjuntos:

a) Orientar e coordenar os trabalhos dos Relatores de Grupos de Trabalho na elaboração dos relatórios;

b) Orientar e supervisionar a elaboração dos Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Art. 35 – É atribuição do Comitê Executivo:

a) Elaborar e submeter à aprovação do Secretário-Geral do Ministério da Saúde o Plano de Aplicação dos recursos financeiros destinados à realização do evento;

b) Promover a elaboração dos documentos técnicos oficiais do Temário Central;

c) Elaborar toda a Programação da Conferência;

d) Adotar todas as providências indispensáveis à realização da VIII CNS;

e) Colaborar com o presidente assessorando-o e executando as tarefas que lhes forem atribuídas.

Art. 36 – São atribuições do Secretário do Comitê Executivo:

a) Auxiliar o Presidente da Comissão Organizadora no planejamento das atividades e substituí-lo nos seus impedimentos;

b) Orientar os trabalhos da Secretaria da Conferência;

c) Manter contatos externos, sempre que necessários, inclusive para contratação de serviços de terceiros;

d) Atuar junto aos Delegados e Participantes como orientador administrativo.

Art. 37 – Compete ao Secretário-Adjunto auxiliar o Secretário do Comitê Executivo e, nos impedimentos deste, assumir os seus encargos.

Art. 38 – São atribuições do Tesoureiro do Comitê Executivo:

a) Elaborar o Plano de Aplicação dos Recursos;

b) Movimentar conta bancária e efetuar pagamentos;

c) Providenciar a liquidação das despesas;

d) Apresentar ao Presidente da Comissão Organizadora prestação de contas dos recursos concedidos à VIII Conferência Nacional de Saúde.

Art. 39 – São atribuições do Comitê Assessor:

a) Colaborar com a Comissão Organizadora da VIII Conferência Nacional de Saúde em todas as fases dos trabalhos;

b) Proporcionar suporte técnico, administrativo e político aos trabalhos da Conferência.

CAPÍTULO V

Dos Recursos

Art. 40 – As despesas com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde correrão à conta da dotação orçamentária consignada ao Ministério da Saúde e/ou por recursos de outras fontes.

Art. 41 – Poderão ser firmados convênios entre o Ministério da Saúde e suas entidades supervisionadas, no sentido de que estas últimas possam executar ações da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Parágrafo único – As despesas que não possam ser realizadas conforme o "caput" deste artigo terão como executora a Comissão Organizadora.

Art. 42 – Os recursos que devem ser geridos pela Comissão Organizadora da VIII Conferência Nacional de Saúde serão transferidos sob forma de Suprimento de Fundos.

Parágrafo único – Para comprimento do disposto neste artigo, a Comissão Organizadora manterá conta bancária específica destinada à movimentação dos recursos financeiros recebidos.

Art. 43 – A VIII Conferência Nacional de Saúde contará com um Plano de Aplicação de Recursos que deverá ser submetido

à aprovação do Secretário-Geral do Ministério da Saúde e do Presidente da Comissão Organizadora.

Art. 44 – Qualquer despesa somente poderá ser realizada após autorização expressa do Presidente da Comissão Organizadora.

Art. 45 – O Presidente da Comissão Organizadora apresentará aos Órgãos e entidades que tenham concedido recursos prestação de contas elaborada pela Tesouraria, no prazo de (30) dias.

CAPÍTULO VI

Disposições Gerais

Art. 46 – Serão conferidos certificados aos Delegados, Apresentadores de Temas, Debatedores e Participantes especificando a condição de sua participação na Conferência.

Art. 47 – Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da Comissão Organizadora.

Portaria nº 769, de 2 de dezembro de 1985

O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições conferidas pelo art. 5º do Decreto Nº 91.466, de 23 de julho de 1985, resolve:

I – Aprovar o temário da 8ª Conferência Nacional de Saúde, elaborada pela Comissão designada pela Portaria Ministerial nº 596, de 19 de agosto de 1985, publicada no Diário Oficial da União, em 20 de agosto de 1985.

II – Esta portaria entrará em vigor a partir desta data.

Carlos Corrêa de Menezes Sant'Anna

8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
TEMÁRIO

Temas Básicos

1 – Saúde como Direito Inerente à Cidadania e à Personalidade
2 – Reformulação do Sistema Nacional de Saúde
3 – Financiamento do Setor Saúde

Temas Específicos

1 – Saúde e Trabalho
2 – Vigilância Epidemiológica (grandes endemias, doenças evitáveis por imunização, AIDS)
3 – Saúde e Sistema Ecológico
4 – Saúde, Produção e Distribuição de Alimentos
5 – Medicamentos e Imunobiológicos
6 – Saúde Oral
7 – Sangue e Hemoderivados
8 – Reprodução Humana
9 – Práticas Alternativas de Saúde
10 – Recursos Humanos
11 – Saúde e Políticas Sociais
– Migrações
– Direito Previdenciário
– Cultura
– Lazer
12 – Saúde Mental
13 – Saúde e Proteção ao Consumidor
14 – Infecção Hospitalar
15 – Ciência e Tecnologia
16 – Administração em Saúde
17 – Saúde e os Direitos da Mulher
18 – Saúde e Violência
19 – A Saúde e os Direitos da Criança
20 – Proteção à Saúde do Índio
21 – Proteção à Saúde dos Deficientes Físicos
22 – Proteção à Velhice e às Políticas Sociais

Conferência

Democracia é Saúde

Mesa-Redonda

Constituinte é Saúde

Portaria nº 770, de 02 de dezembro de 1985

O Ministro do Estado da Saúde, no uso das atribuições conferidas pelo art. 5º do Decreto nº 91.466, de 23 de julho de 1985, resolve:

I – Aprovar as Matrizes do programa dos Participantes e das Delegações, elaborado pela Comissão designada pela PORTARIA MINISTERIAL nº 596/Bsb., de 19 de agosto de 1985, publicada no Diário Oficial da União em 20 de agosto de 1985.

II – Esta PORTARIA entrará em vigor a partir desta data.

Carlos Corrêa de Menezes Sant'Anna

VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
PROGRAMA DOS PARTICIPANTES

HORA	DIA 17 MARÇO/86	HORA	DIA 18 MARÇO/86	HORA	DIA 19 MARÇO/86	HORA	DIA 20 MARÇO/86	HORA	DIA 21 MARÇO/86
08:00 10:30	Entrega de Credenciais e Pastas Local: Centro de Convenções	08:00 12:00	Exposição com Debates: "Saúde como Direito Inerente à Cidadania e à Personalidade". Local: Centro de Convenções	08:00 12:00	Exposição com Debates: "Reformulação do tema Nacional de saúde" Local: Centro de Convenções	08:00 12:00	Exposição com Debates: "Financiamento do Setor Saúde" Local: Centro de Convenções	08:00 12:00	DELEGADOS E PARCIPANTES Moções e Comunicações Local: Centro de Convenções
10:45 12:00	Cerimônia de Abertura Discursos: Min. Saúde Min. Previdência Rep. OMS Presidente Local: Centro de Convenções								
14:00 16:45	Conferência com Debates "Democracia é Saúde" Local: Centro de Convenções	14:00 18:00	Temas Específicos Local: Centro de Convenções	14:00 18:00	Temas Específicos Local: Centro de Convenções	14:00 18:00	Temas Específicos Local: Centro de Convenções	14:00 16:30	DELEGADOS E PARCIPANTES Apresentação, discussão e Aprovação dos Relatórios dos 3 Temas Básicos e Específicos Local: Centro de Convenções
17:00 18:00	HOMENAGENS Local: Hall Ministério da Saúde								
18:00 19:00	Apresentação da Síntese das Pré-Conferências Estaduais Local: Centro de Convenções	20:00	Mostra de Filme e Vídeos Local: Centro de Convenções	20:00	Mostra de Filme e Vídeos Local: Centro de Convenções	20:00	Mesa-Redonda Constituinte e Saúde Local: Centro de Convenções	17:00	ENCERRAMENTO Local: Centro de Convenções

VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
PROGRAMA DAS DELEGAÇÕES

HORA	DIA 17 MARÇO/86	HORA	DIA 18 MARÇO/86	HORA	DIA 19 MARÇO/86	HORA	DIA 20 MARÇO/86	HORA	DIA 21 MARÇO/86
08:00 10:30	Entrega de Credenciais e Pastas Local: Centro de Convenções	08:00 12:00	Exposição com Debates "Saúde como Direito Inerente à Cidadania e à Personalidade" Local: Centro de Convenções	08:00 12:00	Exposição com Debates "Reformulação do Sistema Nacional de Saúde" Local: Centro de Convenções	08:00 12:00	Exposição com Debates "Financiamento do Setor Saúde" Local: Centro de Convenções	08:00 12:00	RELATORES Consolidação dos Relatórios dos 3 Temas Básicos e Temas Específicos Local: Palácio Itamaraty
10:45 12:00	Cerimônia de Abertura Discursos: – Min. Saúde – Min. Previdência – Rep. OMS – Presidente Local: Centro de Convenções								
14:00 16:45	Conferência com Debates "Democracia é Saúde" Local: Centro de Convenções	14:00 18:00	Grupos de Trabalho Local: Palácio Itamaraty, Ministério da Saúde e Câmara dos Deputados	14:00 18:00	Grupos de Trabalho Local: Palácio Itamaraty, Ministério da Saúde e Câmara dos Deputados	14:00 17:00	Grupos de Trabalho Local: Palácio Itamaraty, Ministério da Saúde e Câmara dos Deputados	14:00 16:30	DELEGADOS E PARTICIPANTES Apresentação, Discussão e Aprovação dos Relatórios dos 3 Temas Básicos e Temas Específicos Local: Centro de Convenções
17:00 18:00	HOMENAGENS Local: Hall do Ministério da Saúde					17:00 18:00	Plenária dos Grupos de Trabalho Local: Palácio Itamaraty		
18:00 19:00	Apresentação da Síntese das Pré-Conferências Estaduais Local: Centro de Convenções	18:00	Plenária dos Grupos de Trabalho Local: Palácio Itamaraty	18:00	Plenária dos Grupos de Trabalho Local: Palácio Itamaraty	18:00	Consolidação dos Relatórios Local: Palácio Itamaraty	17:00	ENCERRAMENTO Local: Centro de Convenções

Portaria n.º 41/GM,de 31 de janeiro de 1986

O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições conferidas pelo artigo 5.º do Decreto n.º 91.466, de 23 de julho de 1985, resolve:

I – Aprovar novo Regimento Especial da VIII Conferência Nacional de Saúde, elaborado pela Comissão designada pela Portaria Ministerial n.º 596/Bsb, de 19 de agosto de 1985, publicado no Diário Oficial da União de 20 subseqüente.

II – Revogar o Regimento Especial aprovado pela Portaria Ministerial n.º 756/Bsb, de 21 de novembro de 1985, publicado no Diário Oficial de 25 subseqüente.

Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Carlos Corrêa de Menezes Sant'Anna

8.ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

REGIMENTO ESPECIAL DA 8.ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

CAPÍTULO I

Da finalidade

Art. 1.º – A 8.ª Conferência Nacional de Saúde – 8.ª CNS, convocada pelo Decreto n.º 91.466 de 23 de julho de 1985 e prorrogada pelo Decreto n.º 91.874 de 4 de novembro de 1985, foro dos debates sobre a saúde aberto a todos os segmentos da sociedade, terá por finalidade contribuir para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e proporcionar subsídios para a Assembléia Nacional Constituinte.

Parágrafo primeiro – A 8.ª CNS será realizada em Brasília entre 17 e 21 de março sob os auspícios do Ministério da Saúde, para discussão de seu Temário Central.

Parágrafo segundo – Com o objetivo de orientar os debates que subsidiaram os trabalhos no período mencionado, a 8.ª CNS será antecedida de Pré-Conferências realizadas nas Unidades Federadas.

Parágrafo terceiro – A 8.ª CNS terá como desdobramento, entre abril e outubro de 1986, a discussão de Temas Específicos que obedecerá a programação aprovada pela Comissão Organizadora.

CAPÍTULO II

Dos Membros

Art. 2.º – Tomarão parte da 8.ª CNS na condição de Delegados convidados:

I – os titulares de órgãos técnicos do Ministério da Saúde e das suas entidades descentralizadas, bem como outros servidores designados pelo Ministro de Estado;

II – Representantes dos Ministérios da Educação, Interior, Previdência e Assistência Social, Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente, Ciência e Tecnologia, da Secretaria de Planejamento da Presidência da República e do Estado-Maior das Forças Armadas, bem como 1 (um) representante de cada um dos demais Ministérios;

III – Parlamentares designados pelas Comissões de Saúde do Senado Federal, Câmara dos Deputados e Assembléias Legislativas Estaduais;

IV – Representantes de organizações sindicais de trabalhadores rurais e urbanos, bem como de entidades patronais de âmbito nacional;

V – Representantes de Conselhos Federais, Associações e Federações nacionais de profissionais de saúde;

VI – Representantes de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;

VII – Representantes de entidades que congreguem pessoas jurídicas prestadoras de serviços de saúde;

VIII – Observadores designados pelos organismos internacionais vinculados ao setor de saúde que tenham atuação no país;

IX – Representantes de outras instituições da sociedade civil, a critério da Comissão Organizadora;

X – Outras pessoas ou instituições especialmente convidadas pelo Ministro de Estado da Saúde.

Art. 3.º – Poderão ainda inscrever-se na 8.ª CNS, na condição de participantes, quaisquer outras pessoas ou instituições interessadas no aperfeiçoamento do Sistema Nacional de Saúde.

CAPÍTULO III

Do Temário

Art. 4.º – A 8.ª CNS abordará:

I – O Temário Central fixado pelo Decreto de convocação;

II – Temas específicos;

III – Relatos de Experiências, Trabalhos e Comunicações.

Parágrafo único – O Temário referido neste artigo será aprovado pelo Ministro de Estado da Saúde.

SEÇÃO I

Do Temário Central

Art. 5.º – A 8.ª CNS terá o seguinte Temário Central:

I – Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania;

II – Reformulação do Sistema Nacional de Saúde em consonância com os princípios de universalização, participação e descentralização; integração orgânico-institucional; redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estados, Territórios e Municípios) na prestação de serviços de saúde;

III – Financiamento do Setor Saúde.

Art. 6.º A abordagem de cada um dos temas centrais será realizada mediante exposições a cargo de 2 ou 3 apresentadores, seguidas de debates no plenário e posterior discussão nos diversos Grupos de Trabalho de Delegados.

Art. 7.º – Os apresentadores disporão de 15 (quinze) minutos prorrogáveis por mais de 5 (cinco) para apresentar a síntese de documento previamente encomendado pela Comissão Organizadora.

Art. 8.ª – Os debates serão iniciados imediatamente após as apresentações, com a intervenção de Debatedores previamente convidados, que disporão de um tempo máximo de 10 minutos para exporem seu ponto de vista em relação ao assunto apresentado.

Parágrafo único – Os debatedores a que se refere este artigo, em número não superior a 7, receberão os documentos apresentados com a devida antecedência.

Art. 9.º – Após essas intervenções, será aberta a palavra ao Plenário durante 60 minutos improrrogáveis.

Art. 10 – Será facultado a qualquer Membro inscrito na 8.ª CNS Delegado ou Participante manifestar-se verbalmente ou por escrito, durante o período dos debates, mediante perguntas ou observações pertinentes ao tema.

Parágrafo único – O tempo máximo para cada intervenção será de 3 minutos.

Art. 11 – A mesa desses trabalhos será dirigida por um Presidente e composta pelos apresentadores e debatedores convidados.

Art. 12 – As exposições e debates serão registrados em fita magnética para posterior tratamento, com vistas a sua divulgação nos Anais da 8.ª Conferência Nacional de Saúde.

Art. 13 – Cada Grupo de Trabalho de Delegados, composto por 30 pessoas no máximo, escolherá um Coordenador, com as funções de conduzir as discussões, controlar o tempo e estimular a participação, de acordo com roteiro prévio.

Art. 14 – Além do coordenador cada grupo contará com um relator, designado pela Comissão Organizadora, encarregado de sintetizar as conclusões dos Grupos de Trabalho, participar da consolidação dos Relatórios finais e colaborar com a Comissão Redatora.

Art. 15 – Poderão ser constituídos Grupos de Trabalho composto de Participantes previstos no Art. 3.º deste Regimento que queiram discutir os temas centrais da Conferência.

Parágrafo primeiro – A organização desses grupos obedecerá a um mínimo de 10 e máximo de 30 membros, que deverão se inscrever junto à Comissão Organizadora, a qual designará um Relator para cada grupo.

Parágrafo segundo – Os relatórios finais desses grupos serão consolidados num único relatório e encaminhados em tempo hábil à Comissão Relatora, como contribuição ao relatório final.

SEÇÃO II

Dos Temas Específicos

Art. 16 – Com o objetivo de aprofundar aspectos técnicos e científicos relacionados com o Temário Central, serão organizados Seminários, visando discutir Temas Específicos, conforme previsto no Parágrafo Terceiro do Art. 1.º deste Regimento.

Art. 17 – A organização das discussões desses Temas ficará a cargo de entidades setoriais de reconhecida representatividade e/ou vinculação ao assunto abordado.

Art. 18 – Os Temas Específicos serão definidos pela Comissão Organizadora a quem caberá também convidar as entidades referidas no artigo precedente.

SEÇÃO III

Dos Relatos de Experiências, Trabalhos e Comunicações

Art. 19 – Com o objetivo de propiciar oportunidade de ampla divulgação de ex-

periências, estudos e pesquisas relacionadas ao temário central serão organizadas sessões de apresentação abertas a todos os membros da Conferência.

Parágrafo primeiro – Todos os membros da Conferência poderão apresentar relatos de experiências, trabalhos e comunicações nas referidas sessões mediante inscrição até o dia 10 de março de 1986.

Parágrafo segundo – O tempo de exposição e debates será regulamentado, pela Comissão Organizadora em função do número de trabalhos inscritos.

SEÇÃO IV

Das Sessões Plenárias

Art. 20 – A Sessão Plenária final terá caráter deliberativo.

Parágrafo único – Nessa Sessão, também aberta a todos os membros da 8.ª CNS, somente terão direitos a voto os Delegados previstos no Art. 2.º, exceto os que representem instituições não nacionais.

Art. 21 – A Plenária de Delegados referida no artigo anterior deliberará sobre as conclusões consolidadas dos Grupos de Trabalho e sobre moções que sejam apresentadas na oportunidade por qualquer dos membros da Conferência.

Parágrafo único – A mesa-diretora dos trabalhos decidirá sobre a sistemática de trabalho a ser adotada especialmente quanto à forma de deliberação e tempo de duração da sessão.

CAPÍTULO IV

Da Organização

Art. 22 – A 8.ª CNS será presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e, na sua ausência ou impedimento eventual, pelo Secretário-Geral do Ministério da Saúde.

Art. 23 – Para desenvolvimento de suas atividades a 8.ª CNS contará com uma Comissão Organizadora instituída na forma das Portarias n.º 595 e n.º 596, de 19 de agosto de 1985, do Ministro de Estado da Saúde.

SEÇÃO I

Da Composição da Comissão Organizadora

Art. 24 – A Comissão Organizadora da 8.ª CNS tem a seguinte estrutura:

I – Presidente

II – Vice-Presidente

III – Comissão Relatora

a) Relator Geral

b) Relatores

IV – Comitê Executivo

a) Secretário

b) Secretário-Adjunto

c) Tesoureiro

d) Membros

V – Comitê Assessor integrado por convidados do Presidente escolhidos entre parlamentares, representantes de entidades sindicais de trabalhadores e empregadores, órgãos de classe, de profissionais de saúde, partidos políticos, instituições públicas envolvidas com a área de saúde e entidades representativas da sociedade civil.

SEÇÃO II

Das Atribuições da Comissão Organizadora

Art. 25 – São as seguintes as atribuições da Comissão Organizadora:

a) Promover a realização do evento cuidando de todos os aspectos técnicos, políticos, administrativos e financeiros que o envolvem;

b) Preparar a programação da 8.ª CNS;

c) Selecionar apresentadores de Temas e Debatedores do Temário Central, bem como encomendar os Documentos Técnicos Oficiais;

d) Elaborar a relação de entidades participantes com o respectivo número de Delegados;

e) Convidar as instituições responsáveis pela organização das apresentações dos Temas Específicos;

f) Selecionar os Temas Livres a serem apresentados;

g) Elaborar os Anais da Conferência e promover a sua publicação.

Parágrafo único – A Comissão Organizadora disporá do apoio técnico administrativo dos órgãos integrantes da estrutura do Ministério da Saúde, bem como de outras organizações nacionais e internacionais vinculadas ao setor saúde.

Art. 26 – Compete ao Presidente da Comissão Organizadora:

a) Promover, coordenar, dirigir todas as atividades necessárias à realização da Conferência;

b) Aprovar os documentos que comporão o Temário da Conferência;

c) Convocar, quando necessárias, reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão Organizadora;

d) Assinar contratos de locação de serviços;

e) Autorizar despesas relativas à 8ª Conferência Nacional de Saúde,

f) Presidir a sessão plenária final;

g) Submeter ao Ministro da Saúde o Programa da Conferência, incluindo Regimento e a relação de entidades convidadas com o respectivo número de Delegados;

h) Designar Relatores-Adjuntos mediante indicação da Comissão Relatora.

Art. 27 – Compete a Comissão Relatora:

a) Consolidar relatórios dos Grupos de Trabalho;

b) Elaborar a Ata Geral da Conferência;

c) Realizar as tarefas necessárias à edição dos textos finais da Conferência.

Art. 28 – São atribuições do Relator-Geral, auxiliado pelos Relatores e Relatores-Adjuntos;

a) Orientar e coordenar os trabalhos dos Relatores de Grupos de Trabalho na elaboração dos relatórios;

b) Orientar e supervisionar a elaboração dos Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Art. 29 – É atribuição do Comitê Executivo:

a) Elaborar e submeter a aprovação do Secretário-Geral do Ministério da Saúde o Plano de Aplicação dos Recursos financeiros destinados à realização do evento;

b) Promover a elaboração dos documentos técnicos oficiais do Temário Central;

c) Elaborar toda a Programação da Conferência;

d) Adotar todas as providências indispensáveis à realização da 8ª CNS;

e) Colaborar com o presidente assessorando-o e executando as tarefas que lhe forem atribuídas.

Art. 30 – São atribuições do Secretário do Comitê Executivo:

a) Auxiliar o Presidente da Comissão Organizadora no planejamento das atividades e substituí-lo nos seus impedimentos;

b) Orientar os trabalhos da Secretaria da Conferência;

c) Manter contatos externos, sempre que necessários, inclusive para contratação de serviços de terceiros;

d) Atuar junto aos Delegados e Participantes como orientador administrativo.

Art. 31 – Compete ao Secretário-Adjunto auxiliar o Secretário do Comitê Executivo e, nos impedimentos deste, assumir os seus encargos.

Art. 32 – São atribuições do Tesoureiro do Comitê Executivo:

a) Elaborar o Plano de Aplicação dos Recursos;

b) Movimentar conta bancária e efetuar pagamentos;

c) Providenciar a liquidação das despesas;

d) Apresentar ao Presidente da Comissão Organizadora prestação de contas dos recursos concedidos à 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Art. 33 – São atribuições do Comitê Assessor:

a) Colaborar com a Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde em todas as fases dos trabalhos;

b) Proporcionar suporte técnico, administrativo e político aos trabalhos da Conferência.

CAPÍTULO V

Dos Recursos

Art. 34 – As despesas com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde correrão à conta da dotação orçamentária consignada ao Ministério da Saúde e/ou por recursos de outras fontes.

Art. 35 – Poderão ser firmados convênios entre o Ministério da Saúde e suas entidades supervisionadas, no sentido de que estas últimas possam executar ações da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Parágrafo único – As despesas que não possam ser realizadas conforme o "caput" deste artigo terão como executora a Comissão Organizadora.

Art. 36 – Os recursos que devem ser geridos pela Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde serão transferidos sob forma de Suprimento de Fundos.

Parágrafo único – Para cumprimento do disposto neste artigo, a Comissão Organizadora manterá conta bancária específica destinada à movimentação dos recursos financeiros recebidos.

Art. 37 – A 8ª Conferência Nacional de Saúde contará com um Plano de Aplicação de Recursos que deverá ser submetido à aprovação do Secretário-Geral do Ministério da Saúde e do Presidente da Comissão Organizadora.

Art. 38 – Qualquer despesa somente poderá ser realizada após autorização expressa do Presidente da Comissão Organizadora.

Art. 39 – O Presidente da Comissão Organizadora apresentará aos órgãos e entidades que tenham concedido recursos, prestação de contas elaborada pela Tesouraria, no prazo de (30) dias.

CAPÍTULO VI

Disposições Gerais

Art. 40 – Serão conferidos certificados aos Delegados, Debatedores e Participantes especificando a condição de sua participação na Conferência.

Art. 41 – Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da Comissão Organizadora.

Portaria nº 42/GM, em 31 de janeiro de 1986

O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições conferidas pelo artigo 5º do Decreto nº 91.466, de 23 de julho de 1985, resolve:

I – Aprovar nova matriz do programa dos participantes e das delegações, elaborada pela Comissão designada pela Portaria Ministerial nº 596/Bsb, de 19 de agosto de 1985, publicada no Diário Oficial da União, de 20 de agosto de 1985.

II – Revogar as matrizes do programa dos participantes e das delegações aprovadas pela Portaria Ministerial nº 770/Bsb, de 02 de dezembro de 1985, publicada no Diário Oficial de 03 subseqüente.

Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Carlos Corrêa de Menezes Sant'Anna

PROGRAMAÇÃO DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

DIA 16 DE MARÇO (DOMINGO)

8h – 18h

INSCRIÇÕES

ENTREGA DE MATERIAL

Local: Ginásio de Esportes

DIA 17 DE MARÇO (SEGUNDA-FEIRA)

8h – 10h

INSCRIÇÕES

ENTREGA DE MATERIAL

Local: Ginásio de Esportes

10h 45 min – 12h

CERIMÔNIA DE ABERTURA

Discurso do Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social,
Doutor Raphael de Almeida Magalhães.

Discurso do Diretor da Organização Pan-americana de Saúde,
Doutor Carlyle Guerra de Macedo.

Discurso do representante de Sua Excelência o Senhor Presidente da República,
Roberto Figueira Santos, Ministro de Estado da Saúde.

Local: Ginásio de Esportes

14h – 16h 45 min

CONFERÊNCIA: "Democracia é Saúde"

Presidente: Deputado Carlos Eduardo Venturelli Mosconi

Conferencista: Professor Antônio Sérgio da Silva Arouca

Local: Ginásio de Esportes

17h – 18h

SESSÃO SOLENE DE ENTREGA DA ORDEM DO MÉRITO MÉDICO

18h – 20h

APRESENTAÇÃO DAS SÍNTESES DAS PRÉ-CONFERÊNCIAS ESTADUAIS

Presidente: Doutor Eric Jenner Rosas

Assessores: Doutor Mário Grassi
Doutor David Capistrano Filho

DIA 18 DE MARÇO (TERÇA-FEIRA)

8h – 12h

PAINEL: "Saúde como Direito Inerente á Cidadania e á Personalidade"

Presidente: Doutor Ronei Edmar Ribeiro
Presidente do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde.

Apresentadores: Doutor Jairnilson Silva Paim
Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia

Professor José Geraldo de Souza Júnior
Assessor Jurídico da Fundação Universidade de Brasília

Doutor Hélio Pereira Dias
Assessor Jurídico do Ministério da Saúde

Doutora Sônia Maria Fleury
Professora da Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas e da escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz

Debatedores: Padre Pedrinho Guarechi
Representante – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)

Doutor Néio Lúcio Fraga Pereira
Representante – Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM)

Doutora Carmem Barroso
Representante – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM)

Doutor Arlindo Chinaglia Júnior
Representante – Central Única dos Trabalhadores (CUT)

Doutor Bernardo Bedrikow
Representante – Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP)

Doutor José Luiz Barbosa Ramalho Clerot
Representante – Ordem dos Advogados do Brasil (OAB)

Doutor Francisco Antônio de Castro Lacaz
Presidente do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde dos Ambientes de Trabalho (DIESAT)

14h – 19h

GRUPOS DE TRABALHO: DELEGADOS E PARTICIPANTES

20h 30min

MOSTRA DE FILMES E VÍDEOS COM DEBATES

Local: Auditório do Palácio Itamaraty

DIA 19 DE MARÇO (QUARTA-FEIRA)

8h – 12h

PAINEL: "Reformulação do Sistema Nacional de Saúde"

Presidente: Deputado Carlos de Menezes Sant'Anna

Apresentadores: Doutor Adib Domingos Jatene
Membro da Comissão do Ensino Médico do Ministério da Educação

Doutor João Yunes
Secretário de Saúde do Estado de São Paulo

Doutor José Alberto Hermógenes de Souza
Secretário-Geral do Ministério da Saúde

Doutor Hésio de Albuquerque Cordeiro
Presidente do INAMPS

Debatedores: Senhor Antônio Ivo de Carvalho
Representante – Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (FAMERJ)

Senhor Francisco Xavier Beduschi
Representante – Federação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG)

Doutor José Luiz Riani Costa
Representante – Ministério do Trabalho

Doutor Sebastião Loureiro
Representante – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)

Doutor Ubaldo Dantas
Prefeito de Itabuna

14h – 19h

GRUPOS DE TRABALHO: DELEGADOS E PARTICIPANTES

20h 30min

MOSTRA DE FILMES E VÍDEOS COM DEBATES

Local: Auditório do Palácio Itamaraty

DIA 20 DE MARÇO (QUINTA-FEIRA)

8h – 12h

PAINEL: "Financiamento do Setor Saúde"

Presidente: Senador Severo Gomes

Apresentadores: Doutor André Médici
Assessor Técnico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – (IBGE)

Doutor Adolpho Chorny
Professor da Escola Nacional de Saúde Pública

Doutor Humberto Gomes de Melo
Representante do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS)

Doutor Pedro Luís Barros Silva
Assessor do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)

Debatedores: Doutor Geraldo Justo
Representante – Confederação das Misericórdias do Brasil

Doutor Luís Cordoni Junior
Secretário de Saúde do Estado do Paraná

Senhor Luís Roberto de Oliveira
Representante – Confederação Nacional da Classe Trabalhadora (CONCLAT)

Doutor Nelson Guimarães Proença
Representante – Associação Médica Brasileira (AMB)

Doutor Vítor Gomes Pinto
Representante – Instituto de Planejamento Econômico (IPEA)

14h – 18h

GRUPOS DE TRABALHO: DELEGADOS E PARTICIPANTES

20h

MESA-REDONDA: "Constituinte **e Saúde"**

Abertura: Doutor Roberto Figueira Santos
Ministro de Estado da Saúde

Presidente: Deputado João Pimenta da Veiga

Apresentadores: Deputado Carlos Corrêa de Menezes Sant'Anna

Doutor Cristóvam Buarque
Reitor da Fundação Universidade de Brasília (FUB)

Dom Luciano Mendes da Silva Freitas
Representante da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB)

Doutor Waldir Pires

Doutor Wilson Fadul

DIA 21 DE MARÇO (SEXTA-FEIRA)

8h – 12h

CONSOLIDAÇÃO DOS TRÊS TEMAS CENTRAIS

Presidente: Doutor Arlindo Fábio Gomes de Sousa

Assessores: Doutor Francisco Eduardo Campos

Doutor Roberto Luís Brant Campos

Delegados
e
Participantes: Relatos de experiências, trabalhos e comunicações relacionados com os três temas centrais.

14h – 18h

APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E APROVAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL E MOÇÕES

Presidente: Professor Antônio Sérgio da Silva Arouca

Relatores: Doutor Guilherme Rodrigues da Silva
Doutor Solon Magalhães Viana
Doutor Roberto Passos Nogueira

Assessores: Doutor Eric Jenner Rosas
Doutor Ary Carvalho de Miranda
Doutor Arlindo Fábio Gomes de Sousa
Doutor Paulo Marghicri

19h

Encerramento

REGIMENTO DA PLENÁRIA FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

I – DAS FINALIDADES

A plenária final da 8ª Conferência Nacional de Saúde terá como objetivo a apreciação do relatório final da 8ª CNS, bem como o encaminhamento de moções e manifestações por parte dos participantes do evento.

II – DA PARTICIPAÇÃO

Participarão da plenária final todos os delegados e participantes da 8ª CNS. Os primeiros terão direito à voz e voto e os segundos terão direito apenas à voz. No sentido de facilitar o encaminhamento dos trabalhos, a Comissão Organizadora designará localizações específicas para as categorias de delegados e participantes.

III – DA DIREÇÃO

Os trabalhos serão coordenados por uma mesa dirigida pelo Presidente da Comissão Organizadora da 8ª CNS. Participarão da mesma a comissão relatora, sendo os trabalhos secretariados por membros da Comissão Organizadora da 8ª CNS.

IV – DA AGENDA

A agenda da plenária final da 8ª CNS constará dos seguintes ítens:

A – Apreciação do relatório final da 8ª CNS;

B – Apreciação de moções.

V – DA APRECIAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL

Será encaminhada da forma que se segue a apreciação do relatório final da 8ª CNS:

a) Proceder-se-á com antecedência a distribuição da proposta de relatório final.
b) Assegurar-se-á aos delegados e participantes o direito de solicitar o exame em destaque de qualquer ítem do relatório final.
c) As solicitações de destaque deverão ser encaminhadas por escrito até o fim da leitura do relatório pela Mesa, constituindo-se em proposta de redação alternativa em relação ao ítem destacado.
d) As solicitações de destaques serão submetidas à deliberação da plenária que decidirá inicialmente sobre sua pertinência.
e) Identificado o conjunto dos ítens de destaque, proceder-se-á à votação do relatório, ressalvados esses ítens.
f) Após a apreciação do relatório serão chamadas, uma-a-uma, as apresentações de destaques.

Os propositores de destaques terão 2 minutos para a defesa do seu ponto de vista.

O presidente concederá a seguir a palavra a um delegado ou participante que se apresente para defender posição contrária à do propositor do destaque.

Não será permitida em qualquer hipótese réplica ou tréplica. Será então colocado em votação o destaque apresentado.

g) A aprovação das propostas será por maioria simples dos delegados presentes.

VI – DA APRECIAÇÃO DE MOÇÕES

As moções deverão ser apresentadas à Secretaria da 8ª CNS por escrito até as 10:00 horas do dia 21 de março, devendo ser identificado pelo menos um dos seus signatários.

A Secretaria da Mesa organizará as moções recebidas classificando-as por áreas temáticas de forma a facilitar o andamento dos trabalhos.

Encerrada a fase de apreciação do relatório final da Conferência, o presidente dos trabalhos chamará um a um os propositores de moção, que deverão proceder à simples leitura do texto apresentado garantindo-se um tempo de 2 minutos para a defesa da moção. Será facultado o componente do plenário, a critério da presidência, defender ponto de vista contrário ao do propositor da moção.

Encerradas as apreciações das moções, serão encerrados os trabalhos.

VII – DISPOSIÇÕES COMUNS

1 – Assegura-se aos participantes da plenária final o questionamento, pela0 ORDEM, à Mesa, sempre que a critério dos participantes não esteja se cumprindo o regimento.

2 – Durante os períodos de votação serão vedados os levantamentos de questões de ORDEM**.**

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA DISCUSSÃO EM GRUPO

1 – A Comissão Organizadora indicará o relator do grupo, ressalvando-se o direito do grupo de eleger um outro relator para trabalhar em conjunto.

2 – O grupo receberá um roteiro mínimo de discussão, recomendando-se que todas as questões sejam respondidas.

3 – Questões adicionais, consideradas relevantes pelo grupo, poderão ser incluídas no roteiro.

4 – Para viabilizar a consolidação do relatório final, é impositivo que a redação dos relatórios de grupo seja a mais sucinta possível, sem prejuízo do conteúdo.

5 – O tempo de discussão é de 04 horas (14:00 às 18:00). Sugere-se que esse tempo seja dividido de forma a contemplar todas as questões.

6 – O relatório deverá ser encaminhado à Secretaria da Conferência até às 19 horas.

SESSÃO SOLENE DE ENTREGA DE CONDECORAÇÕES DA ORDEM DO MÉRITO MÉDICO

O Mestre de Cerimônias – Vamos dar início a esta sessão de homenagens. Para compor a Mesa, convidamos o Dr. Wilson Fadul; o Dr. Eduardo Costa; o Dr. Ronei Edmar Ribeiro, Presidente do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde; o Professor Antônio Sérgio da Silva Arouca, Presidente da Fundação Oswaldo Cruz e Presidente da 8ª Conferência Nacional de Saúde; a Dra. Lúcia Pontes de Miranda Batista; o Dr. Mauro Lins e Silva; o Professor Gil Pessoa, representando o Dr. Samuel Pessoa; o Dr. José Alberto Hermógenes de Souza, Secretário-Geral do Ministério da Saúde e o Excelentíssimo Senhor Roberto Figueira Santos, Ministro de Estado da Saúde.

Senhoras e Senhores, Sua Excelência o Dr. Roberto Figueira Santos, Ministro de Estado da Saúde, fará a entrega aos agraciados, Dr. Samuel Barnsley Pessoa, Dr. Mário Lins e Silva e Dr. Mário Magalhães da Silveira das insígnias da Ordem do Mérito Médico, conferidas por decreto do Excelentíssimo Senhor Presidente da República.

Para abertura desta sessão, anunciamos a palavra de Sua Excelência o Dr. Roberto Figueira Santos, Ministro de Estado da Saúde.

O Dr. Roberto Figueira Santos – Declaro instalada a Sessão Solene para entrega das Medalhas da Ordem do Mérito Médico, e convido o primeiro dos agraciados, Dr. Mauro Lins e Silva, para ser condecorado. (Palmas)

O Mestre de Cerimônias – O agraciado, Dr. Mauro Lins e Silva, nasceu na cidade do Recife, Estado de Pernambuco, onde fez seus estudos até ingressar na Faculdade de Medicina daquele Estado, em 1929, tendo completado o primeiro ano universitário. Foi transferido para a Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, Rio de Janeiro, onde cursou 2º ao 6º ano, tendo se diplomado em 1934. No início do seu curso já freqüentava hospitais, tendo se iniciado na Santa Casa, no serviço do Professor Brandão Filho. Depois, decidiu-se pela Otorrinolaringologia e integrou a equipe do Professor João Marinho de Azevedo, no Hospital São Francisco de Assis, onde fez a sua formação otorrinolaringológica, tendo sido nomeado interno da clínica da Faculdade nos seus últimos anos universitários. Aí permaneceu por dois anos, depois de diplomado, quando entrou para a Assistência Municipal como otorrinolaringologista. Ali trabalhou nos hospitais de pronto socorro, hoje hospitais Souza Aguiar, Miguel Couto e Carlos Chagas, em alguns ambulatórios, terminando no Hospital Pedro Ernesto como chefe de serviço, quando foi aposentado por tempo de serviço. Voltou a trabalhar no Estado, nomeado para o IASERJ – Instituto de Assistência ao Ser-

vidor do Estado do Rio de Janeiro, onde trabalha há 14 anos.

Durante o ano de 1929, ainda universitário, em Recife, participou de manifestações políticas que antecederam a Revolução de 1930, dos movimentos estudantis que lutavam pela dita revolução, lutas em que prosseguiu no Rio de Janeiro, depois de transferido. Em 1932, participou contra a Revolução Paulista, nas hostes getulistas, ao sul de São Paulo, na Frente Buri, Capão Bonito, integrando as forças pernambucanas que passaram pelo Rio de Janeiro em direção a São Paulo, comandadas por Jurandir Mamede. Serviu como soldado combatente, tendo sido promovido a 3º Sargento durante a campanha.

Durante o seu curso de Medicina, no Rio de Janeiro, atuou nas lutas estudantis e populares de rua contra a reação. Depois de diplomado, nunca deixou de participar dos movimentos reivindicatórios dos médicos, na Associação Médica e no Sindicato Médico, tendo sido eleito Presidente da Associação Médica do Rio de Janeiro para o biênio 63/64. Nesse biênio de lutas acirradas da classe médica contra a reação, enfrentou muitas perseguições, tendo sua residência e a sede da Associação Médica invadidas pelas forças da reação e sendo demitido do Banco do Brasil do cargo de médico contratado.

Participou dos movimentos pela paz e fez parte das lutas políticas nacionalísticas e democráticas.

Continuou atuando nos movimentos reivindicatórios e de defesa da classe médica com os companheiros da Associação Médica e do Sindicato Médico. Foi membro associado do CEBRAD – Centro Brasileiro Democrático – trincheira das lutas democráticas, sob o comando de Oscar Niemeyer.

Em viagens pelo exterior, participou de congressos médicos e fez cursos especializados de medicina, em Bordeaux, na França, e Cologne, Alemanha. Em Cannes, participou do Congresso Mundial de Saúde. Participou de congressos de paz em Sophia, Moscou e Genebra, como componente das delegações do Brasil. Visitou a China de Mao-Tse-Tung, em 1957, depois do Congresso Mundial de Saúde em Cannes, atendendo a convite da delegação chinesa aos membros da delegação brasileira. (Palmas)

(Entrega da Condecoração)

O Mestre de Cerimônias – Samuel Barnsley Pessoa nasceu a 31 de maio de 1898 e morreu a 3 de setembro de 1976, aos 78 anos. Sua longa e fecunda existência, como a de Berthrand Russel, foi marcada por três paixões simples, mas avassaladoras: o desejo de amor, a busca do saber e a inconformidade com o sofrimento humano.

Samuel Pessoa encontrou o amor em Jovina Álvares Pessoa, sua esposa e companheira, mulher de extraordinário valor e autêntica modéstia. Buscou e ajudou a construir o saber, perseguindo incansavelmente o mais amplo e profundo conhecimento da natureza e da sociedade. Atualmente, milhares de estudantes da área de saúde, centenas de professores e milhões de brasileiros, favorecidos pela sua ação direta ou indireta, podem atribuir-lhe as qualidades de um dos mais completos representantes da cultura enciclopédica, aliada a um espírito altamente humano e nacionalista, como também reconhecê-lo como um verdadeiro mestre da medicina brasileira.

Samuel Pessoa figura hoje ao lado de Pirajá da Silva, Gaspar Viana, Adolpho Lutz, Rocha Lima, Carlos Chagas e Josué de Castro como um cientista proeminente, que contribuiu com pesquisas de valor universal para a elevação do nível de vida dos brasileiros.

Sua vida, sua presença histórica, a atuação decisiva na criação de um pensamento no domínio da medicina trópical e da saúde pública, o credenciam a ser apreciado pelas futuras gerações, não apenas como descobridor de novas espécies biológicas, identificador de síndromes clínicas ou mecanismos fisiopatológicos, nem mesmo apenas como autor da monumental **Parasitologia**

Médica, mas sim como síntese de homem político e inquiridor da natureza.

Natureza e sociedade, na sua vida, não foram coisas distintas; seu modo de ver a ciência não era o daqueles que a vêm como edifício singular, abstrato, construído por cérebros privilegiados. Todas as suas descobertas, toda a sua contribuição estava impregnada da idéia de servir ao povo. Por isso, teve a grandeza de alma para suportar tantas provocações, ressentimentos, ódios e perseguições.

Trabalhador infatigável, Samuel Pessoa publicou 351 trabalhos científicos, 18 livros, 59 artigos em jornais e revistas. Organizou e remodelou serviços ao longo de 45 anos, entre os quais os primeiros centros de saúde de São Paulo e os departamentos de parasitologia de diversas Faculdades de Medicina. Títulos, recebeu-os ao longo de 55 anos.

Professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo já em 1931, aos 33 anos, teve a generosidade de aposentar-se voluntariamente em 1955, no auge de sua capacidade, para abrir caminho à carreira de seus assistentes.

Democrata, patriota e humanista de verdade, Samuel Pessoa defendeu ardorosamente a liberdade de pensamento, a concepção de uma universidade dedicada ao estudo e à solução dos múltiplos problemas que desgraçam a vida do nosso povo, a reforma agrária e a efetiva emancipação econômica de nosso País.

Ativo participante das lutas pela paz mundial, nos anos 50, integrou a Comissão Científica Internacional para o Estudo de Utilização de Armas Bacteriológicas, por parte dos Estados Unidos contra os povos coreano e chinês, e escreveu memoráveis trabalhos contra as armas nucleares.

Curtsel Kotzel, seu aluno e amigo, escreveu depois de sua morte: "Sim. Cientistas existem muitos, assim como existem advogados às pencas, artistas, políticos, homens que aprenderam um ofício e que dele se utilizam como instrumento do dia-a-dia. Existem engenheiros também, arquitetas aos milhares, a levantar seus monstros de concreto sobre qualquer palmo de terra desabitado. Mas quantos deles constroem catedrais, eu vos pergunto? Samuel Barnsley Pessoa foi desses raros!"

O Dr. Samuel Barnsley Pessoa foi agraciado com a Grã-Cruz da Ordem do Mérito Médico. Por motivo de falecimento do agraciado, as insígnias serão recebidas por seu filho, Professor Gil Pessoa. (Palmas)

(Entrega da Condecoração)

O Mestre de Cerimônias – Há homens que não se sujeitam a protocolos. Não são nem melhores nem piores do que os demais, são diferentes; alguns, especiais.

Quando falamos de Mário Magalhães da Silveira estamos falando de um desses homens especiais, não enquadrável em currículo; dele há de falar-se da irreverência e denúncia permanentes que fertilizaram gerações de sanitaristas.

Sua aversão ao formalismo não o impediu de trabalhar com a lógica e os limites das equações matemáticas dos estudos populacionais, das análises dos dados vitais que realizou com a mesma desenvoltura com que introduziu as questões econômicas nas análises do setor saúde.

Suas raízes fortemente plantadas nas necessidades e agruras de homem brasileiro dirigiram a sua luta para impedir a burocratização e centralização do setor; luta pela municipalização que retomamos quando discutimos a organização e hierarquização dos serviços de saúde.

A entrega, hoje, da comenda a que fez jus e que governo contrário à sua ideologia impediu que recebesse, é feita quando suas proposições são vitoriosas com o povo brasileiro aqui representado.

O Dr. Mário Magalhães da Silveira foi agraciado com a Ordem do Mérito Médico no grau de Comendador. Na ausência do Dr. Mário Magalhães da Silveira, as insígnias serão recebidas pelo Dr. Mauro Lins e Silva. (Palmas)

(Entrega da Condecoração)

Ouviremos agora a palavra do Dr. Mauro Lins e Silva, que falará em nome dos agraciados.

O Dr. Mauro Lins e Silva – Excelentíssimo Senhor Ministro da Saúde, meus senhores, minhas senhoras, senhores representantes do Congresso, nesta Mesa.

Muito honrados ao recebermos essa homenagem do governo brasileiro, vislumbramos nela o peso de uma reparação. Sim, faz 22 anos que o patriótico governo do Presidente João Goulart nos conferiu, ao fim do seu mandato, esta honraria que hoje aqui festejamos.

A ditadura que se seguiu àquele honrado governo, dentro do seu programa de perseguições mesquinhas, de arbítrio criminoso, de amoralidade administrativa, achou por bem cassar a entrega de nossa condecoração, desconhecendo que o decreto que a criara continuava válido, não fora tornado sem efeito, parecendo que os juristas da ditadura deram um cochilo que durou 22 anos.

Hoje, deixamos de ter aqui, conosco, também compartilhando da alegria desta festa, o insigne Professor Samuel Pessoa, saudoso mestre da microbiologia, da parasitologia, da Universidade de São Paulo, onde distribuiu largamente sua cultura, seu saber, seu valor, e deixou centenas de publicações científicas de valor inestimável. O Professor Gil Pessoa, que seguiu suas pegadas no ensino médico, jovem e já professor da Universidade de São Paulo, aqui presente, representa seu digno e pranteado pai, que deverá receber **in memoriam** as homenagens que também foram conferidas àquele homem culto e patriota, e que está fazem falta ao Brasil.

Estando doente o grande sanitarista Professor Mário Magalhães da Silveira, condecorado na mesma ocasião, também teve cassada a entrega de sua condecoração e outorgou-me a missão de representá-lo nesta solenidade.

Muito honrado me considero por representar Mário Magalhães da Silveira, porque em sua vida de luta, também como sanitarista, autor da execução dos índices sanitários na década de 1930, e depois em 1940, com uma base em estudos de bioestatística defendeu a idéia de que a saúde deveria melhorar as condições sócio-econômicas do povo, idéia que lançou na Escola de Saúde Pública da qual era Professor de Princípios Básicos Sócio-Econômicos.

Como já disse antes, motivo de saúde privou-nos da companhia desse grande sanitarista. Nesta linda festa, serei o portador de sua condecoração, tão merecida por todos os títulos. Tenho dito. (Palmas)

O Mestre de Cerimônias – Encerrando esta cerimônia, ouviremos a palavra do Doutor Roberto Figueira Santos, Ministro de Estado da Saúde.

O Dr. Roberto Figueira Santos – Dr. Mauro Lins e Silva; Dr. Gil Pessoa; demais componentes da Mesa; senhores representantes de diferentes comunidades que acorreram ao convite para a 8ª Conferência Nacional de Saúde; senhoras e senhores.

Ouvimos há pouco a leitura dos currículos de três médicos ilustres, que acabam de ser condecorados. São profissionais que viveram a sua vida de médicos em condições muito diversas uma das outras; um deles, o Dr. Mauro Lins e Silva escolheu uma especialidade médico-cirúrgica, para nela realizar-se como profissional e como cidadão; o Professor Samuel Pessoa foi um formador de discípulos que, pelo Brasil afora, continuam a pregar a sua lição; o Dr. Mário Magalhães da Silveira, sanitarista autêntico, durante décadas emprestou o brilho da sua inteligência e a força do seu caráter no trabalho abnegado dentro do Ministério da Saúde.

Embora com carreiras tão diversas entre si, esses homens tinham um traço comum, para o qual confluíam pela sua inconformidade para com o modo de vida de tantos brasileiros que estiveram sujeitos a restrições na realização de seus projetos de vida pessoal e política, de vida pessoal e profissional em virtude de motivos de ordem

política. Esses motivos de ordem política chegaram até mesmo, no caso desses três profissionais ilustres, à cassação da homenagem que lhes era prestada pelo Presidente da República.

Mas, como as coisas passam, vemos, ao fim de 22 anos, o resgate dessa dívida que a sociedade brasileira contraiu com eles, ao lhes ser vedada a possibilidade de receberem a homenagem que de direito lhes havia sido prestada.

Vemos como são efêmeras as coisas desta terra, e como prevalecem as realizações do espírito, como se projetam no tempo, com o sentido de justiça, as homenagens prestadas a quem trabalhou para merecê-las.

É esta uma lição que devemos todos tirar da Sessão Solene que ora se realiza. Os jovens predominam nesta audiência; é a eles, sobretudo, que deve dirigir-se esta lição, desde que sejamos fiéis a nós próprios, desde que saibamos defender os nossos ideais, desde que mantenhamos esse sentido de dedicação a uma causa, a uma causa que seja justa e, sobretudo, a uma causa que nos aproxime das pessoas que necessitam da nossa participação. Não resta dúvida de que ao longo do tempo o reconhecimento virá, mesmo para quem não o busca, como é o caso desses abnegados servidores à causa da saúde.

Os jovens que acorreram a este convite, para trazerem a sua contribuição a uma etapa nova de como enfrentar os problemas de saúde no País, devem levar consigo também esta lição, ao participarem da homenagem a homens que já são de idade avançada, um deles até já faleceu, homens que durante muitas décadas se dedicaram à causa da saúde, e que tiveram, afinal, reconhecido aquele mérito que, em certo momento, lhes foi vedado.

Quero renovar aqui as nossas congratulações pelo sentido de participação que se tem observado desde quando percebemos a resposta que estava tendo a convocação para esta Conferência, e que hoje se materializou pela manhã, numa sessão que contou, sobretudo, com o brilho do entusiasmo dos seus jovens participantes, e que agora se renova nesta Sessão Solene.

Quero manifestar a alegria com que nós todos estamos assistindo este espetáculo, que se prolongará pelos próximos dias, e que, se até agora se afirmou por esse sentido de entusiasmo, há de trazer também a contribuição voltada para a melhoria das condições de saúde do nosso povo, a contribuição voltada com esse mesmo entusiasmo para a criação de novos métodos e processos, para a abertura de novas avenidas, para a busca de novas soluções para problemas que são de extraordinária magnitude.

Não tenho dúvida de que entre os jovens que estão aqui, pode-se dizer, em massa, a soma dessas vontades todas há de repercutir para o futuro, décadas daqui para a frente, pela contribuição que estarão dando à futura Constituição deste País, quando se reunir a Assembléia Constituinte e encontrar, na assembléia a entrar em trabalhos no próximo ano, a contribuição de tantos jovens convictos das causas que defendem, entusiasmados na sua defesa, dispostos, portanto, a trazer contribuições decisivas a melhores dias para a saúde neste País.

Obrigado, a vocês todos que participam desta Conferência; obrigado a esta juventude que nos estimula e anima a todos quanto ao futuro deste País; nossa reverência aos homenageados de hoje, pelo que fizeram em favor da saúde dos brasileiros e que por isso mereceram a medalha da Ordem do Mérito Médico.

Está encerrada a sessão. (Palmas)

Codeplan

Impresso nas Oficinas Gráficas da Codeplan
Sig – Quadra 4 – Lote 675 – Fone: 225-1070 – CEP 76.610 – Brasília – DF